



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

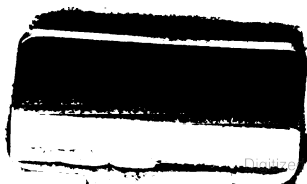
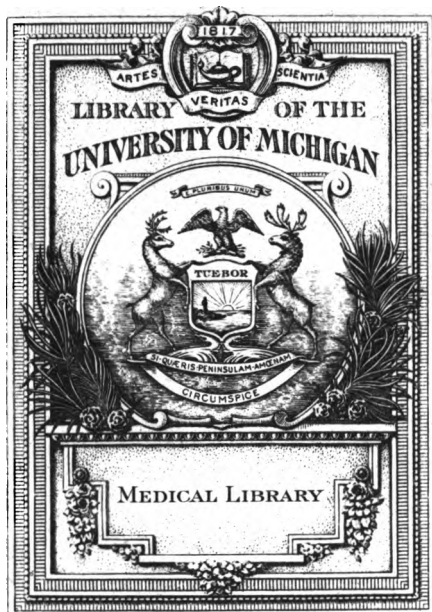
Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



B

3 9015 00212 706 9

University of Michigan - BUHR



Handwritten 610.5
S678
M515

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE

ANNÉE 1892



GAND et LEIPZIG
H. ENGELCKE, Libraire
RUE DE LA CALANDRE, 5

1892

Gand, impr. Eug. Vanderhaeghen.

Medical
Nijb
7-3-39
3 8540

LISTE DES MEMBRES
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE.

MEMBRES TITULAIRES.

MM.

- Ingels, B.-C.** (1), membre fondateur, Secrétaire de la Société de Médecine mentale de 1869 à 1886, décédé le 22 mai 1886.
- Aerts**, médecin principal de la colonie de Gheel, admis le 26 janv. 1884.
- Anten**, méd. en chef de l'asile St^e-Agathe, à Liège, adm. le 28 janv. 1888.
- Boddaert, R.**, prof. de cliniq. int. à l'Un. de Gand, adm. 29 avril 1882.
- Boeckmans**, méd. principal de la colonie de Gheel, adm. le 27 oct. 1888.
- Bonmariage**, ex-médecin de l'asile de Schaarbeek, adm. le 28 oct. 1875.
- Bonnet, D^r**, sénateur, membre du com. d'inspection des as. du Hainaut, à Froyennes, admis le 14 oct. 1874.
- Candéze, D^r**, direct. de la mais. de santé de Glain, adm. le 20 oct. 1869.
- Chantry**, méd.-adj. de l'as. d'al. de l'État, à Tournai, adm. le 25 oct. 1884.
- Compeeren**, méd. de la Mais. de Santé de Bouchout, adm. le 27 avr. 1889.
- Cornette**, médecin de l'asile d'aliénés, à Ypres. Membre fondateur.
- Cousot, G.**, méd. de l'Institut. hydrothér. de Dinant, adm. le 28 juil. 1888.
- Cuisenaire**, méd.-adj. de la colonie de Gheel, admis le 25 juill. 1885.
- Cuyllits**, médecin en chef de l'asile d'al. d'Evere, admis le 18 sept. 1877.
- De Boeck**, méd.-adj. de la Mais. de Santé d'Uccle, adm. le 27 avril 1889.
- De Bruyn**, méd. en chef des as. d'aliénés de St-Trond. Membre fondateur.
- De Cock**, méd.-adj. de l'as. d'aliénés de Selzate, admis le 20 nov. 1880.
- De Craene**, méd. en chef de l'as. St^e-Anne à Courtrai, adm. le 28 oct. 1875.

(1) La Société de Médecine mentale, dans sa séance du 31 août 1886, reconnaissant les services rendus par B.-C. Ingels, décide que son nom sera maintenu à perpétuité en tête de la liste des membres de la Société.

MM.

- Delannay**, méd. de l'as. d'al. de Froidmont, admis le 28 juillet 1888.
- De Moerloose**, méd. honor. de l'as. St-Jean-de-Dieu à Gand. Membre fondat.
- De Rode**, méd. suppléant de l'as. d'al. de Louvain, adm. le 24 avril 1879.
- Desguin, V.**, médecin de l'asile St-Roch à Anvers, adm. le 24 oct. 1872.
- Desmedt**, méd. de l'Hosp. St-Jérôme, à St-Nicolas, adm. le 26 avril 1890.
- De Smeth, J.**, méd. des aliénés à l'hôp. St-Jean, prof. à l'Univ. de Bruxelles. Membre fondateur.
- De Windt, J.**, méd. hon. de l'as. d'al. d'Alost. Membre fondateur.
- D'Heygere**, méd.-adj. de l'as. St-Anne-lez-Courtrai, adm. le 28 janv. 1888.
- Dochy**, méd.-adj. de l'as. d'al. de l'État, à Tournai, admis le 25 oct. 1884.
- Duhem**, méd. de l'hospice des aliénées à Tournai. Membre fondateur.
- Francotte**, prof. de psychiatrie à l'Univ. de Liège, adm. le 26 avr. 1890.
- Goffin**, méd. en chef de la mais. de Santé d'Uccle, admis le 16 oct. 1873.
- Haas**, méd.-adj. de l'as. d'aliénées d'Erbs-Querbs, adm. le 27 oct. 1888.
- Heger, P.**, prof. de physiologie à l'Un. de Bruxelles, adm. le 24 fév. 1883.
- Henfing**, méd. de l'as. de Henry-Chapelle, à Welkenraedt, admis le 29 juill. 1882.
- Houzé**, prof. d'anthropologie à l'Univ. de Bruxelles, adm. le 31 oct. 1885.
- Kuborn, H.**, Président de la Soc. de méd. publ. de Belgique, à Seraing, admis le 31 janvier 1885.
- Lefebvre**, professeur à l'Université de Louvain. Membre fondateur.
- Lefèvre**, méd. de la mais. de Santé de Menin, admis le 26 janv. 1884.
- Lentz**, méd.-direct. de l'as. d'al. de l'État, à Tournai, inspecteur-adj. des as. d'al. du royaume. Membre fondateur.
- Mabilde**, méd. en chef de l'as. d'al. de Selzate, admis le 28 mai 1877.
- Maere**, méd. de l'as. de St-Jean-de-Dieu, à Gand, adm. le 25 janv. 1890.
- Masius**, prof. de clinique int. à l'Univ. de Liège, admis le 26 avril 1890.
- Masoin**, prof. à l'Un. et médecin en chef de l'as. d'al. de Louvain, admis le 4 avril 1872.
- Moens**, médecin de l'asile d'aliénées de Lede, admis le 26 avr. 1890.
- Moreau**, ex-méd.-adj. de l'asile St-Roch à Anvers, admis le 4 mai 1875.
- Morel**, méd. en chef de l'Hospice Guislain, à Gand, inspecteur-adj. des as. d'al. du royaume, admis le 1^{er} mai 1873.
- Moulaert**, méd.-adj. de l'Hosp.-St-Julien, à Bruges. Membre fondateur.
- Motte**, méd. de l'Institut. hydrotherap. à Dinant, adm. le 24 avr. 1886.
- Otten**, méd.-adj. des as. d'al. de St-Trond, admis le 31 juill. 1880.
- Peeters**, médecin-directeur de la col. de Gheel, admis le 14 oct. 1874.
- Piens**, méd. de l'as. de Velsique-Ruddershove, admis le 28 janv. 1888.
- Pironet**, méd.-inspecteur de la col. de Lierneux, admis le 26 oct. 1886.
- Printems**, méd. de la maison de sûreté, à Anvers, admis le 31 oct. 1885.
- Raulier**, méd.-adj. de l'as. d'aliénées de Mons, admis le 26 janv. 1884.
- Reynaert**, méd. de l'as. d'aliénées de St-Nicolas, adm. le 26 avril 1890.
- Robeyns**, méd. de l'as. d'aliénées de Diest, admis le 25 avril 1891.
- Saey**, méd.-adj. de l'Hosp.-St-Dominique, à Bruges, adm. le 29 avril 1882.

MM.

- Semal**, méd.-direct. de l'as. d'al. de l'État, à Mons. Membre fondateur.
Sottiaux, méd.-adj. de la colonie de Gheel, admis le 26 janv. 1884.
Stobbaerts, méd. de l'as. des Frères Cellites, à Malines, adm. 29 juill. 1882.
Temmerman, médecin de l'asile d'al. de Duffel, admis le 29 juill. 1882.
Valeke, méd. en chef de l'Hosp.-St-Dominique, à Bruges, admis le 18 sept. 1877.
Van Audenaere, méd. de l'as. d'al. de Tirlemont, adm. le 27 avr. 1889.
Van Bambeke, prof. d'histologie à l'Un. de Gand, admis le 29 avr. 1882.
Van den Abeele, méd. en chef de l'Hosp.-St-Julien, à Bruges. Membre fondateur.
Vandenven, ex-méd.-adj. de l'as. d'al. d'Evere, admis le 24 avr. 1880.
Van Krunkelsven, méd. de l'as. d'aliénés de Diest, adm. le 26 janv. 1888.
Vanlair, prof. de clinique int. à l'Univ. de Liège, adm. le 26 avril 1890.
Vanneste, méd. de l'as. pour idiots, à Lokeren, admis le 29 janv. 1888.
Verheeke, médecin à Hoboken, admis le 28 juillet 1883.
Vermeulen, méd. en chef des as. d'aliénées et du Strop, à Gand, inspecteur-adj. des as. d'al. du royaume. Membre fondateur.
Verriest, prof. de clinique int. à l'Un. de Louvain, admis le 27 déc. 1879.
Versiggel, A., médecin à Tronchiennes, admis le 25 avr. 1885.
Verstraeten, prof. de polyclinique int. à l'Univ. de Gand, admis le 29 juill. 1882.
Vrebois, E., méd. en chef de l'as. d'al. d'Erbs-Quebs, adm. le 29 juill. 1882.
Wallaert, médecin à Courtrai, admis le 29 juillet 1882.
Willems, Dr, membre du com. local d'inspection des as. d'al. de la province d'Anvers, admis le 29 oct. 1881.

MEMBRES ASSOCIÉS.

- Ballet**, prof. agrégé de psychiatrie à la Fac. de méd. de Paris, admis le 26 juillet 1890.
Batty Tuke, méd. aliéniste, à Édimbourg (Écosse), adm. le 27 juil. 1889.
Bourque, prof. de psychiatrie à l'Univ. de Montréal (Canada), admis le 25 janv. 1890.
Charpentier, méd. en chef de l'Hospice de Bicêtre, adm. le 26 juill. 1890.
Cullerre, méd. dir. de l'as. de La Roche-sur-Yon (France), admis le 27 juill. 1889.
Dagonet, méd. adj. de l'as. de St^e-Anne à Paris, adm. le 26 juillet 1890.
Duquet, méd. visiteur des as. d'al. de Montréal (Canada), admis le 26 juillet 1890.
Finlay, méd.-adj. de l'as. de Bridgend (Angleterre), adm. le 27 juil. 1889.
Hakin, secrét.-recev. de la colonie de Lierneux, admis le 26 oct. 1886.
Kornfeld, méd. de l'as. d'al. de Grottkau (Silésie), adm. le 27 juill. 1889.

MM.

- Ladame**, privat-docent de psychiatrie à la Fac. de méd. de Genève, adm. le 26 juillet 1890.
- Lemoine**, prof. à la Fac. de méd. de Lille (France), adm. le 27 juil. 1889.
- Legrain**, méd. en chef de l'as. de Vaucluse (France), adm. le 25 oct. 1890.
- Obersteiner**, prof. à la Fac. de méd. de Vienne, admis le 26 juill. 1890.
- Pauli**, professeur émérite à l'Univ. de Gand, admis le 30 déc. 1877.
- Salgó**, méd. de l'as. d'al. à Lipometzo (Budapest), adm. le 27 juil. 1889.
- Soleil**, dir. de l'hosp. St-Dominique, à Bruges, adm. le 26 janv. 1884.
- Talcott**, méd. en chef de l'as. d'al. de Middletown (États-Unis), admis le 25 janv. 1890.
- Urquhardt**, méd. en chef de l'as. royal de James Murray (Écosse), adm. le 26 juillet 1890.
- Vallée**, professeur à l'Univ. de Québec (Canada), adm. le 25 janv. 1890.
- Vassitch**, méd.-directeur de l'as. d'al. de Belgrade (Serbie), admis le 26 juillet 1890.

MEMBRES HONORAIRES.

- Amadei**, méd. en chef du manicôme de Crémone, admis le 26 janv. 1884.
- Bajenoff**, ex-méd. en chef de l'as. d'al. de Riazan (Russie), admis le 26 avril 1890.
- Benedikt**, prof. de neuropathologie à l'Un. de Vienne, adm. le 31 oct. 1885.
- Biffi**, méd. du manicôme près de St-Celse, à Milan, adm. le 31 juill. 1880.
- Blanche**, méd. d'asile privé pour aliénés, à Paris, admis le 28 oct. 1875.
- Bouchereau**, médecin à l'asile St-Anne, à Paris, admis le 24 oct. 1872.
- Bouteille**, méd.-dir. de l'asile d'aliénés de Toulouse, admis le 4 mai 1875.
- Brosius**, méd.-dir. de l'asile de Bendorf et Sayn, admis le 26 janv. 1884.
- Buffet**, méd. de l'as. d'Ettelbrück (Gr. D. du Luxemb.), adm. 28 oct. 1875.
- Chapin**, méd. en chef de l'as. d'al. de Philadelphie, adm. le 27 oct. 1888.
- Clark Bell**, réd. du *Medico-legal Journ.* à New-York, adm. le 28 oct. 1884.
- Coni, Em.**, médecin à Buenos-Ayres, admis le 25 juill. 1885.
- Cowan**, méd. en chef de l'as. d'al. de Dordrecht, admis le 26 janv. 1884.
- Christian**, méd. en chef de la Maison nationale de Charenton (France), admis le 31 oct. 1885.
- De Jong**, médecin à La Haye, admis le 24 février 1883.
- Deny**, médecin de la maison de Bicêtre, Paris, admis le 31 oct. 1885.
- Donkersloot**, ex-méd. en chef de l'as. de Dordrecht, adm. le 12 mai 1870.
- Dufour**, méd. en chef de l'asile St-Robert (Isère), admis le 3 oct. 1870.
- Erlenmeyer**, méd.-dir. de l'asile de Bendorf, admis le 27 déc. 1879.
- Falret**, Dr, dir. d'as. privé pour aliénés, à Paris, admis le 24 oct. 1872.
- Féré, Ch.**, médecin de la Mais. de Bicêtre, Paris, admis le 27 oct. 1888.
- Otto Flamm**, méd.-dir. de l'asile de Pfullingen (Wurtemberg), admis le 28 oct. 1884.

MM.

- Freusberg**, méd.-dir. d'un asile privé à Bonn, admis le 26 juill. 1884.
- Garnier**, méd. en chef de l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture de police de Paris, admis le 25 avril 1885.
- Giraud**, médecin-directeur de l'asile de St-Yon, admis le 31 oct. 1885.
- Guttstadt**, Dr, professeur à l'Univ. de Berlin, admis le 31 oct. 1885.
- Halbertsma**, méd. en chef de l'as. d'al. de Rotterdam, adm. le 28 oct. 1884.
- Koch**, méd.-dir. de l'as. royal de Zwiefalten (Wurtemberg), admis le 19 déc. 1878.
- Kovalevsky**, prof. de psychiatrie à l'Un. de Karkoff, adm. le 26 janv. 1884.
- Korsakoff**, privat-doc. de psych. à l'Un. de Moscou, adm. le 25 août 1891.
- Laehr**, méd.-dir. de l'as. de Schweizerhof et réd. de l'*Allg. Zeitschr. für Psychiatrie*, admis le 28 oct. 1884.
- Lentz, H.**, dir.-gén. au Ministère de la Justice, inspect. des asiles d'al. du royaume, à Bruxelles, admis le 28 janv. 1888.
- Lewis D. Mason**, méd. de l'as. pour alcoolisés (Fort Hamilton, L. I.), à Brooklyn, N.-Y., admis le 29 juill. 1882.
- Luyt**, médecin de la Charité, à Paris, admis le 27 juill. 1889.
- Magnan**, médecin de l'asile St-Anne à Paris, admis le 24 oct. 1872.
- Meunet**, médecin des hôpitaux de Paris, admis le 28 oct. 1875.
- Meynert**, prof. de psychiatrie à l'Un. de Vienne, admis le 25 juill. 1885.
- Mickle**, méd.-dir. de l'as. de Grove Hall, à Londres, adm. le 31 janv. 1885.
- Mierzejewski**, prof. à l'as. clin. de St-Petersbourg, adm. le 28 oct. 1875.
- Mitchell**, méd.-direct. de l'asile de South Yorkshire à Sheffield, admis le 26 avril 1884.
- Moleschott**, professeur à l'Université de Rome, adm. le 26 avril 1890.
- Morselli**, prof. de psychiatrie au manicomio de Turin, adm. le 29 janv. 1881.
- Morton, Thomas, G.**, président du com. d'Inspection des as. d'al. de Pensylvanie, admis le 27 octobre 1888.
- Motet**, médecin d'asile privé, à Paris, admis le 24 oct. 1872.
- Nötel**, médecin-directeur de l'asile d'Andernach, admis le 31 oct. 1885.
- Pelman**, prof. de psychiatrie à l'Univ. de Bonn, adm. le 27 oct. 1888.
- Peres**, méd.-dir. de l'Institut phrénopath. de Buenos-Ayres (Rép. Argentine), admis le 28 oct. 1884.
- Pompe**, méd.-dir. de l'as. d'al. de Rosmalen (Hollande), adm. 27 avr. 1889.
- Prins**, inspect.-génér. des prisons, à Bruxelles, admis le 28 janv. 1888.
- Pritchard Davies**, méd. en chef du Kent county lunatic asylum, à Barningheath, admis le 31 oct. 1885.
- Pick**, prof. de psychiatrie à l'Un. de Prague, admis le 24 avril 1886.
- Régis**, méd. en chef, au Bouscat (Castel d'Andorte), adm. le 24 janv. 1884.
- Rey**, méd. en chef de l'as. des aliénés de Marseille, adm. le 31 oct. 1885.
- Ritti**, méd. en chef de la Mais. nationale de Charenton (France), admis le 27 juill. 1889.
- Rutherford**, méd.-dir. du Crichton Royal Institution, à Dumfries, admis le 31 oct. 1885.

MM.

- Salemi Pace**, méd.-dir. du manicomio de Palerme, admis le 24 avr. 1886.
Ségas, méd. suppléant de la Salpêtrière, à Paris, adm. le 27 avril 1889.
Schüle, médecin en chef de l'as. d'Illenau, admis le 27 juillet 1889.
Seppilli, méd. en chef du manicomio d'Imola, admis le 26 janv. 1884.
Solá, méd. en chef de l'as. des al. de Buenos-Ayres, admis le 31 oct. 1885.
Socquet, secrétaire de la Soc. médico-légale de France, à Paris, admis le 31 oct. 1885.
Stanley Elliot, médecin en chef de l'as. de Caterham, Surrey, adm. le 31 oct. 1885.
Steenberg, prof. de psychiatrie à l'as. de St-Hans, à Roeskilde (Copenhague), admis le 31 oct. 1885.
Tamburini, prof. de psychiatrie à l'Un. de Modène, méd. en chef de l'as. de Reggio-Emilia, admis le 29 janv. 1881.
Tellegen, ex-médecin-dir. de l'asile d'al. de Vught, à La Haye, adm. le 25 juill. 1885.
Tonini, méd.-adj. de l'asile des aliénés d'Imola, admis le 26 janv. 1884.
Tuke, D. Hack, ex-méd. de l'asile des amis à York, réd. du *Journal of mental science*, Londres, admis le 19 déc. 1878.
Van der Chys, méd. en chef de l'as. de Zutphen, admis le 26 janv. 1884.
Van Andel, inspect. des as. d'al. de la Hollande, adm. le 24 oct. 1872.
Van der Lith, ex-méd.-dir. de l'as. d'Utrecht, admis le 24 oct. 1873.
Van der Swalme, méd.-dir. de l'as. d'al. de Delft, adm. le 24 oct. 1872.
Van Persyn, méd.-dir. de l'as. d'al. de Meerenberg, adm. le 29 oct. 1881.
Verga, A., professeur de psychiatrie à Milan, admis le 30 avr. 1881.
von Kraft-Ebing, prof. à l'Univ. de Vienne, admis le 5 mai 1875.
Wellenbergh, méd. de l'as. d'aliénés d'Utrecht, admis le 28 juill. 1883.
Wille, professeur de psychiatrie à l'Un. de Bâle, admis le 31 oct. 1885.

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1892 :

MM. Masius, Président.
De Rode, Vice-Président.
Morel, Secrétaire-Trésorier.

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE.

N° 64. — Mars 1892.

Société de Médecine mentale de Belgique.

Procès-verbal

de la séance ordinaire tenue au Palais de l'Université à
Bruxelles, le samedi 30 janvier 1892

Sous la présidence du D^r MASIUS. — D^r JUL. MOREL, Secrétaire.

MM. Cuyllits, De Boeck, De Craene, Heger, Houzé, Lefebvre, Lentz, Masoin, Morel, Peeters, Semal, Vermeulen et Verriest assistent à la séance.

MM. Boddaert, De Craene, Derode et Desguin expriment leurs regrets de ne pouvoir assister à la séance.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

M. le Président prononce l'allocution suivante :

MESSIEURS,

Appelé par votre grande bienveillance à diriger cette année vos travaux, je dois vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en me confiant la présidence de la Société de Médecine mentale.

Les progrès accomplis par la Société sont encourageants et ils nous autorisent à espérer mieux encore.

Il y a un an que M. Boddaert en prenant possession du fauteuil de la présidence faisait fort justement remarquer l'importance que nous devons attacher aux travaux d'ana-

tomie et de physiologie. Pour ma part, je partage absolument cette manière de voir et je crois que c'est dans cette voie que nos efforts seraient très utilement dirigés. Certes, la description purement clinique des phrénopathies présente bien des documents intéressants, mais en Belgique, comme à l'étranger, nous devons nous appliquer à faire sortir la psychiatrie du domaine trop uniquement symptomatique et à l'éclairer par l'anatomie et la physiologie pathologiques. Ce n'est d'ailleurs que l'application d'un principe général : une science en se développant devient chaque jour plus explicative. Les progrès incessants de la technique histologique en neurologie nous permettent d'espérer que dans un avenir peut-être rapproché, bien des phénomènes auront trouvé une explication objective, anatomique. Telle hypothèse très attrayante sera peut-être renversée, telle autre au contraire cessera d'être une hypothèse pour rentrer dans le domaine des faits démontrés. Mais s'il est vrai que dans la nature rien ne s'établit sans combat nous devons lutter pour la réalisation de nos aspirations. Et je traduis certainement l'opinion de tous en concluant qu'il serait utile qu'une section de notre Société s'attache plus spécialement à l'étude macroscopique et surtout microscopique des centres nerveux. Dans les sciences biologiques on ne peut procéder avec la logique que comportent des sciences moins expérimentales. La façon de procéder la plus naturelle serait de s'initier à tous les secrets de l'anatomie la plus délicate; la physiologie et la pathologie se comprendraient plus aisément.

Mais c'est là une conception idéale qui pourrait servir utilement de guide aux travailleurs de la Société de Médecine mentale, qui, je l'espère seront chaque année plus nombreux et plus vaillants, et enrichiront nos Annales de mémoires intéressants. Avant de m'asseoir, je serai l'interprète de tous les membres en adressant mes remerciements les plus vifs à M. Boddaert pour le zèle et la distinction qu'il a montrés dans l'exercice de ses fonctions de Président pendant l'année 1891. (*Applaudissements.*)

CORRESPONDANCE.

1° Une lettre de M. le Ministre de l'Agriculture, de l'Industrie et des Beaux-Arts annonçant l'envoi d'un exemplaire des rapports des Commissions médicales pendant l'année 1890.

2° Une lettre de M. le Dr Derode exprimant toute sa reconnaissance pour l'honneur que la Société lui a faite en l'appelant à la Vice-Présidence.

3° Une lettre du Secrétaire de l'Académie royale de Médecine de Belgique, invitant la Société à se faire représenter à la solennité du cinquantième anniversaire de la fondation de ce corps savant. M. le Président a chargé le Secrétaire de bien vouloir se charger de cette mission.

4° Une lettre de M. le Dr Ritti, secrétaire de la Société médico-psychologique de Paris, annonçant l'envoi de son travail *Eloge de Foville*, et d'un exemplaire du *Compte rendu du dernier Congrès de médecine mentale de Paris*.

5° Une lettre de M. le Dr Séglas, proposant la candidature de M. le Dr Chaslin, médecin de l'Hospice de Bicêtre.

—
TRAVAUX IMPRIMÉS.

La Société a reçu :

1° De la part de M. le Ministre de l'Agriculture, de l'Industrie et des Beaux-Arts :

A) *Rapports des Commissions médicales pendant l'année 1890*;

B) *Rapport sur le Congrès international d'hygiène et de démographie*, par le Dr Félix.

2° De la part de MM. Paul Sérieux et Ramadier :

Malformation spéciale de la poitrine. — Ce travail est envoyé à l'examen de M. Cuylits.

3° De la part de M. le Dr Ritti :

A) *Eloge de Foville*;

B) *Comptes rendus du Congrès de médecine mentale tenu en 1889, à Paris*.

4° De la part du D^r Ladame, de Genève :

Les possédés et les démoniaques à Genève au XVII^e siècle. — M. le Prof. Lefebvre se chargera de l'examen de ce travail.

5° De la part du D^r Chaslin, de Paris :

A) *Contribution à l'étude de la sclérose cérébrale* ;

B) *Contribution à l'étude des rapports du délire avec les hallucinations* ;

C) *Quelques mots sur Rome et Naples* ;

D) En collaboration avec le D^r Ségas : *Katatonie*.

6° De MM. Ruysch et Van Andel, inspecteurs des asiles d'aliénés de la Hollande :

Verslag over den staat der Gestichten voor krankzinnigen in de jaren 1882, 1883, 1884.

7° De M. le Prof. Boddaert :

Recherches expérimentales sur la production de l'exophtalmie et de la pathogénie de l'œdème. — L'auteur promet de faire figurer les conclusions de son travail dans le prochain Bulletin.

La Société vote des remerciements pour les différents donateurs.

TRAVAUX MANUSCRITS.

Des formes diverses d'agraphies et en particulier de l'agraphie d'origine sensorielle, par le D^r Paul Sérieux, médecin-adjoint à l'asile de Villejuif. — Sur la proposition de M. Morel la Société décide l'impression de ce travail dans le prochain Bulletin.

ANALYSES D'OUVRAGES.

M. le D^r De Boeck résume les travaux de M. le D^r Oebeke, de Bonn, et du Prof. Kirn, de Fribourg. — Ces résumés paraîtront dans le prochain Bulletin. Le travail du D^r Kirn, *Die Psychosen der Influenza*, étant de toute actualité à l'occasion de la maladie épidémique régnante, M. De Boeck appelle l'attention sur les complications nerveuses ou psychiques qui

peuvent survenir à la suite de cette maladie. MM. Lefebvre, Semal, Morel, Vermeulen et Masius appuient la manière de voir de M. De Boeck. En suite de cette discussion, il sera mis à l'ordre du jour de la prochaine séance : *De l'influence de l'influenza sur le développement des maladies du système nerveux en général.*

VOTE SUR LA CANDIDATURE DE M. LE D^r DINEUR.

M. le D^r Dineur, ayant obtenu l'unanimité des voix est proclamé membre titulaire de la Société.

RAPPORTS DE CANDIDATURES.

M. le D^r Cuylits présente les rapports. Il en résulte que les praticiens attachés aux asiles d'aliénés du pays peuvent faire partie de la Société de Médecine mentale conformément à l'article 2 du Règlement. Il propose en conséquence d'accepter la candidature de M. Claus.

Le rapporteur émet un avis très favorable sur la candidature de M. le D^r Chaslin, médecin de l'Hospice de Bicêtre, qui sollicite son admission comme membre associé. L'honorable candidat, ancien médecin-interne des hôpitaux de Paris, en dehors des travaux imprimés dont il a fait hommage à la Société et que M. le Secrétaire a mentionnés, a encore publié toute une série d'autres travaux dont certains ont été résumés dans notre publication. M. Cuylits espère que cette candidature sera favorablement accueillie.

M. le D^r Slosse, proposé par MM. De Boeck et Morel, n'est pas un inconnu pour nos membres. Il a déjà collaboré à plusieurs reprises à nos travaux et s'est également fait connaître très avantageusement dans d'autres publications médicales. En lui accordant le titre de membre honoraire, la Société espère encourager l'activité scientifique de ce candidat.

Conformément au Règlement, le vote sur ces candidatures aura lieu dans la prochaine séance.

DISCUSSION

du projet de lettre à adresser à M. le Ministre de la Justice au sujet de la conduite à suivre pour la mise en prévention du personnel des asiles d'aliénés.

M. Cuylits donne lecture de la lettre suivante :

MONSIEUR LE MINISTRE,

La récente mise en prévention pour homicide par imprudence d'un directeur d'asile à la suite de coups portés par un aliéné à un autre, coups qui ont entraîné la mort de l'un d'eux, a déterminé la Société de Médecine mentale à attirer votre attention sur l'attitude prise par le Parquet dans des circonstances semblables. Il résulte d'une mise en prévention de ce genre que le Parquet semble décidé à poursuivre tout directeur d'asile dès qu'il surgit un suicide ou un homicide dans son établissement, oubliant ainsi que l'asile n'est et ne peut être qu'une réunion de gens dangereux exposés ou poussés à toutes les violences.

Un directeur ne peut certes pas perdre de vue que ses pensionnaires doivent être surveillés et l'objet de précautions particulières. Mais les précautions à prendre ont été prévues et dictées par la loi et il semble que du moment que les règlements ont été observés, le directeur doit être tenu pour irresponsable des malheurs qui surviennent dans son asile.

Il n'en est rien : alors même que le Parquet reconnaît que les règlements ont été observés, il poursuit sous le fallacieux motif qu'un directeur d'asile sachant qu'il a affaire à des gens dangereux n'a qu'à les traiter en conséquence. L'homicide est possible ou pardonnable dans la prison : il ne l'est plus à l'asile.

Les conséquences d'une attitude semblable sont plus graves qu'on ne pourrait le penser à première vue. Tout d'abord, imagine-t-on trouver encore, sous un pareil régime, dans une classe sociale où on tient à n'avoir point de démêlés avec la justice, des directeurs ou des médecins d'asile, s'exposant de gaieté de cœur aux plus graves accusations, sachant qu'il n'est point de sécurité pour eux, même après l'entier accomplissement de leur devoir.

Que devient ensuite cette grande réforme des asiles dont nous, médecins-aliénistes, sommes heureux et fiers, ce souci

constant d'accorder à nos malheureux malades la plus grande somme possible de liberté et de jouissance.

Nous savons tous que le no-restraint, même mitigé, augmente dans une certaine mesure le chiffre des suicides ou des violences. Mais si l'on met en regard de ses défauts, les bienfaits qui en résultent, qui donc oserait condamner le régime?

Eh bien, ce régime est condamné implicitement par le Parquet. Car, pour mettre leur responsabilité à couvert, il ne reste au directeur ou au médecin d'asile qu'à prodiguer les entraves et les camisoles.

On le voit, les conséquences de cette attitude du Parquet sont funestes.

Et si l'on veut en rechercher la cause, elle est aisée à découvrir.

Elle prend son origine dans l'inexpérience et l'inconscience où sont les magistrats des malades aliénés. Quand estimera-t-on qu'un malade est dangereux au point que des précautions particulières s'imposent? Quand estimera-t-on qu'un malade était nécessairement conduit au suicide? Quand peut-on croire que rien ne pouvait faire prévoir une détermination fatale? Autant de questions qu'un médecin-aliéniste peut seul résoudre et encore avec quelles réserves?

Nous demandons l'intervention de celui-là; nous demandons qu'il soit interrogé et consulté avant toute décision du Parquet. Les médecins-inspecteurs ne seraient-ils pas particulièrement en place pour accomplir cette délicate mission où l'on fera appel à leurs connaissances pratiques de la vie d'asile et à leur conscience.

Tel est l'objet de cette lettre que vous adresse la Société de Médecine mentale. Elle vous demande en réalité des mesures de protection pour la liberté de l'aliéné et aussi un peu de protection pour les directeurs ou médecins d'asile dont la sécurité morale vaut bien, quoi qu'on en dise, celle de leurs pensionnaires.

Agréez, M. le Ministre, l'expression de nos sentiments de haute considération.

Le Vice-Président,
D^r L. DERODE.

D^r CUYLITS,
Membre titulaire.

Le Président,
D^r MASIUS.
Le Secrétaire,
D^r JUL. MOREL.

La rédaction de cette lettre recevant l'approbation générale, M. le Président remercie M. Cuylits pour la façon claire dont il a exposé la question. (*Applaudissements.*)

Sur la proposition de M. Semal, la Société désigne MM. Cuylits, De Boeck et Semal pour se mettre en rapport avec M. l'Inspecteur des asiles du Royaume et de le prier de bien vouloir engager M. le Ministre à consulter MM. les médecins-inspecteurs dans les poursuites à diriger contre le personnel des établissements d'aliénés.

DISCUSSION DE LA PROPOSITION DE M. SEMAL :
Création d'une Section de Criminologie.

M. Semal déclare renoncer à sa proposition.

COMMUNICATION AU SUJET DU PROCHAIN CONGRÈS
D'ANTHROPOLOGIE.

M. Semal fait connaître que ce Congrès se tiendra à Bruxelles du 7 au 14 août prochain. Le gouvernement a bien voulu prendre à sa charge l'organisation au point de vue matériel. M. le Ministre de la Justice en a accepté la présidence d'honneur.

Il donne lecture du programme. Il sera publié dans le prochain Bulletin.

M. le Président se trouvant obligé de quitter la séance, M. Vermeulen prend le fauteuil de la Présidence et saisit l'occasion de l'entrée de M. le professeur Verriest pour lui présenter, au nom de la Société, ses plus sincères félicitations pour la haute distinction que le Roi vient de lui accorder en le nommant Chevalier de son Ordre. M. Verriest remercie, en termes chaleureux, M. le Président et les membres du témoignage de sympathie qu'ils viennent de lui accorder.

La séance étant levée, il est décidé que la prochaine séance aura lieu au palais de l'Université, le samedi 30 avril 1892.

Le Secrétaire,
D^r JUL. MOREL.

Le Président,
D^r MASIUS.

DE

LA NATURE DE L'HYSTÉRIE

PAR

Le D^r COUSOT, membre titulaire.

Par tradition ou par ignorance, beaucoup conservent de l'hystérie, une idée fausse. L'hystérie reste toujours une affection complexe, à manifestations variées, parfois étranges à première vue. Il est encore vrai, à ne l'envisager que superficiellement, que cette maladie « affecte, comme le dit Rosenthal, toutes les bizarreries du kaléidoscope et revête les apparences les plus étranges, » mais l'observation clinique patiente et consciencieuse a permis de classer tous les symptômes, a permis de créer un type assez large pour admettre les formes frustes, incomplètes, irrégulières qui lui appartiennent sans contredit, assez précis et limité pour exclure cette poussière cosmique — l'expression est de Charcot — ces syndrômes qui obscurcissaient le tableau de la névrose. A Charcot surtout, revient l'honneur d'avoir abordé cette étude à la puissante lumière de l'observation clinique, d'avoir établi une loi reliant cet ensemble si complexe.

Sous les divers aspects de l'attaque d'hystérie, il a vu et décrit plusieurs phases et en a fourni une description systématique (¹). Sans doute, cette description ne s'applique pas à tous les cas d'hystérie convulsive puisque l'une ou l'autre phase peut faire défaut. De même, il a analysé les phénomènes

(¹) RICHER, *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie*.

que présentent les sujets hystériques et en a trouvé de tellement fréquents et réguliers qu'il leur a donné à bon droit, la dénomination de *stigmates* ⁽¹⁾. Ainsi nous possédons une formule qui nous empêche de nous égarer ; en présence de ces signes révélateurs notre diagnostic s'affermir et se justifie.

Bref, des notions vraies, rationnelles ont remplacé, dans ce domaine, les idées erronées ou ridicules du passé, et cette espèce de scepticisme qui, pour toute explication, mettait sur le compte du mensonge et de la simulation, des faits en apparence si étranges, si complexes, si discordants.

Le nom d'hystérie lui-même, inspiré par une théorie fausse, défendue surtout en ces dernières années par le Dr Chairou ⁽²⁾, ce nom ne répond pas à la réalité des faits. La matrice et ses annexes ne sont pas le point de départ de l'hystérie. Hystérie n'est pas non plus synonyme de désordres sexuels, de débauche.... Cette névrose est une affection héréditaire — telle est sa véritable étiologie — dépendant d'une altération fonctionnelle des centres nerveux. Le sexe fort n'en est pas plus exempt que le sexe faible. Si nous en divisons les causes déterminantes, les « agents provocateurs ⁽³⁾ » en trois classes, agents moraux, agents traumatiques, intoxications, la statistique nous montre que, si la femme devient plus souvent hystérique, sous l'influence des causes morales, l'homme plus exposé aux causes physiques, donne un contingent plus fort à l'hystérie d'origine traumatique. C'est logique.

L'hystérie est une affection générale fonctionnelle du système nerveux central. Elle se manifeste par des symptômes nombreux, variables. Pour être hystérique, il ne faut pas présenter tous les stigmates de la névrose, être victime de

(1) CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux. — Leçons du mardi*, etc. — GILLES DE LA TOURETTE, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*.

(2) E. CHAIROU, *Études cliniques sur l'hystérie*, etc. (Baillière et fils, 1870).

(3) GEORGES GUINON, *Les agents provocateurs de l'hystérie*, 1889.

crises convulsives. Il est des hystéries mono-symptomatiques et, dans la médecine courante, on a bien plus souvent l'occasion de voir des hystéries frustes que des hystéro-épilepsies.

* * *

Fausse, avons-nous dit, était la conception qui avait cours relativement à l'étiologie de l'hystérie. Fausses également les notions relatives à l'état mental des hystériques. Chez ces malheureuses, les appétits génésiques, disait-on, étaient exagérés et cette doctrine se liait, logiquement, à l'idée qui attribuait les troubles nerveux aux désordres des organes génitaux. L'hystérique était une simulatrice, une menteuse, etc.

Les recherches cliniques et les notions nouvelles, acquises surtout par l'étude de la suggestion, ont fait justice de ces assertions en permettant de pénétrer, d'analyser l'état psychique des hystériques. Et cependant, malgré ces progrès, on trouve des retardataires. A preuve ces extraits d'un livre récent.

« Qui dit hystérique, dit femme à sentiments dévoyés, dans quelque direction que ce soit. L'hystérique est égoïste, elle ne regarde qu'elle, et est particulièrement frappée de l'attention qu'on lui accorde. Son désir de se poser, de se mettre en scène, de se rendre intéressante la pousse à toutes sortes de comédies et de mensonges, sa vive imagination n'est jamais à court... Tragédienne et comédienne voilà l'hystérique, et ce n'est pas sans sourire qu'on se rappelle l'histoire de Chomel, qui, après avoir noté pendant une heure une foule de symptômes qu'accusait une hystérique, son travail relu, demandait à la malade si elle n'avait rien à ajouter : « Si, répondit celle-ci, c'est que dans tout ce que je viens de vous dire, il n'y a rien de vrai... » Il est un autre trait de son caractère, qu'il n'est pas moins nécessaire de faire ressortir, et qui est encore plus dangereux pour son entourage : Je veux parler de sa propension à la calomnie, de son désir de nuire... L'hystérique est donc ordinairement mauvaise, et, si elle est bonne, elle l'est

seulement par accident ; mieux par accès, par soubresauts...⁽¹⁾»

Tout cela c'est le contraire des conceptions actuelles. Comment expliquer pareille erreur ?

Nous l'avons dit plus haut, on est hystérique par hérédité. Dans les ascendants de l'hystérique on trouve presque toujours une série de troubles ou affections du système nerveux. Il est donc logique que les hystériques soient des dégénérés héréditaires et partant que l'on observe, chez eux des altérations psychiques, des troubles moraux, des perversions diverses. Il est naturel que souvent l'hystérie s'associe à la dégénérescence psychique. Cette notion d'observation clinique doit remplacer définitivement les élucubrations qui faisaient de l'hystérie un vaste domaine, où se trouvaient réunies bien des formes de la névropathie et de la dégénérescence. Lorsque l'on a distrait ces excentriques, ces déséquilibrés, on a déjà déblayé le terrain qui appartient en propre à l'hystérie et, d'autre part, l'association possible de ces stigmates de dégénérescence aux troubles hystériques explique les tendances au mensonge, au dévergondage, au vol, etc., que l'on citait, autrefois, comme propres à l'hystérie.

Charcot a fait également une autre remarque très juste. C'est que la neurasthénie s'accolle souvent à l'hystérie, et, il en a, dans ses leçons du mardi, fourni de nombreux exemples. L'hystérique appartient à la famille névropathique ; il doit donc aisément arriver à l'épuisement, au surmenage nerveux. Il devient neurasthénique : c'est là, encore une fois, une superposition de deux états qui explique les erreurs de nos devanciers.

Il existe, dans l'hystérie, une altération des centres nerveux qui échappe aux investigations anatomiques mais se décèle par un fonctionnement anormal. Un des troubles les plus ordinaires de la névrose — un de ses stigmates — c'est l'anesthésie, disséminée ou totale ou hémilatérale, compromettant l'un des modes de la sensibilité ou plusieurs à la fois,

(1) MAX SIMON, *Les maladies de l'esprit*, p. 88 et suiv.

cette anesthésie s'installe sur la peau, les muqueuses, les organes des sens. Or, chose remarquable, ces anesthésies, en règle générale, les malades les ignorent. « M^{me} X. est une hystérique traumatique. A la suite d'un accident de chemin de fer, elle est hémiplégique et hémianesthésique. Cela dure depuis un an. On n'a jamais recherché avec soin les stigmates de la névrose se contentant d'un diagnostic faux ou incomplet. La malade ne se plaint que de sa paralysie motrice. Une première fois, je me contente d'examiner son champ visuel et je reste convaincu, dès ce premier examen, qu'il s'agit bien d'une hémiplégie hystéro-traumatique. car il y a rétrécissement concentrique du champ visuel et la paralysie est survenue le lendemain de l'accident après une nuit agitée et tourmentée par le souvenir de la scène, etc. Elle s'aperçoit de son anesthésie lorsque je l'examine avec de la glace, des épingles, un courant faradique et lui indique son infirmité, les yeux ouverts. Or, pendant quatre jours, avant cet examen, elle avait reçu des douches d'eau froide à 10° environ sans remarquer que tout le côté était insensible. Elle possédait une hémianesthésie complète, peut-être depuis un an sans s'en être rendu compte ! »

Il ne me serait pas malaisé de multiplier les exemples. Tous les observateurs ont fait la même remarque. Lorsque le médecin découvre l'anesthésie, c'est pour la malade, presque toujours, une véritable révélation. « L'anesthésie hystérique est un symptôme latent qu'ignorent presque toujours les malades, dit Pitres ⁽¹⁾. » Comment se fait-il que privés des incessantes notions que les nerfs sensibles apportent au cerveau, ces malades n'éprouvent aucun malaise nutritif, aucun trouble dans l'exercice de la fonction sensible ou motrice ?

Les malades n'ont pas plus conscience de l'anesthésie des muqueuses que de l'anesthésie cutanée. Il est à noter que les réflexes vasculaires ou les sécrétions réflexes glandulaires

(1) PITRES, *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme.*

persistent malgré l'anesthésie, ce qui explique le peu de retentissement sur les phénomènes de nutrition.

Jamais il n'est venu à la malade, l'idée de rapprocher ses goûts dépravés ou extraordinaires, de l'anesthésie des muqueuses gustatives. Dans la vision binoculaire, les malades ne s'aperçoivent point du fonctionnement irrégulier si fréquent de l'un des yeux.

On voit donc, par ces exemples, que l'impression persiste en tant que point de départ des phénomènes réflexes, que l'impression — non perçue — est, néanmoins, transmise vers les centres. Mais l'excitation n'atteint point le seuil de la conscience; la perception manque. Donc, c'est dans les centres encéphaliques que réside le fait morbide. On peut tirer une conclusion analogue des cas de surdité hystérique. L'expérience de Rinne prouve que cette surdité doit être attribuée à une paralysie centrale de l'audition. Dans cet ordre d'idées, il faut citer l'expérience démonstrative de Pitres. Dans un cas d'anesthésie du bras, ce savant clinicien enfonce une épingle dans la gouttière épitrochléenne et produit, par excitation du nerf cubital, une contraction des muscles, sans donner lieu à aucune sensation douloureuse. Et il conclut : « du moment qu'il est possible de frapper et de piquer les nerfs des membres sans provoquer de réaction sensitive, c'est que l'organe de l'anesthésie est situé au-dessus des nerfs, et, comme au-dessus des nerfs, il n'y a que les centres nerveux, c'est dans une modification fonctionnelle des centres nerveux qu'il nous faudra chercher la cause des anesthésies. »

On peut baser de semblables raisonnements sur d'autres faits. Parfois les zones spasmogènes — décrites par Charcot et Pitres — siègent sur les régions anesthésiques. N'est-il point vrai que, en comprimant ces zones insensibles à toute excitation, pour arrêter les crises on s'adresse aux noyaux cellulaires des centres nerveux? On connaît l'interprétation psychologique que l'on a donnée des sensations éprouvées par des amputés, dans des membres ou des segments de membres qu'ils ont perdus. Cette même interprétation s'adapte, mer-

veilleusement bien, aux hyperalgésies persistantes après la section des nerfs. J'emprunte un exemple à Pitres. Les douleurs éprouvées par un hystérique dans le scrotum étaient telles que, de guerre lasse, on recourt à la section des nerfs du cordon. Et.... résultat inattendu, la douleur persiste aussi intolérable! C'est donc que la souffrance était, à n'en pas douter, un événement purement psychique et siégeant dans les centres supérieurs. Tous ces faits, ces expériences naturelles ou volontairement exécutées, prouvent, à suffisance de preuve, que l'hystérie dépend d'un état particulier des centres nerveux.

Mais la tâche devient plus malaisée — je veux dire impossible — lorsqu'il s'agit de décrire cet état spécial de la cellule et de la fibre nerveuse, cet équilibre particulier que leur imprime l'hystérie. On ne peut nier que la cellule prenne des propriétés particulières, se trouve dans une espèce d'état naissant qui la rend plus excitable.

Parmi les stigmates de l'hystérie, on a décrit la diathèse de contracture. Un simple souffle suffit parfois à déterminer la contracture musculaire. C'est là un fait d'excitabilité réflexe extrême qui rappelle l'hyperexcitabilité neuro-musculaire hypnotique. Pourquoi la piqûre qui, à l'état normal, amène une effusion de sang, ne produit-elle sur les endroits anesthésiés aucun écoulement sanguinolent, sinon par suite de l'apparition réflexe d'une contracture exceptionnellement violente des artérioles? Lorsque, par pression d'un point ovarien, mammaire, testiculaire, arrive une décharge nerveuse convulsive, ou bien, lorsque, par pression d'un point vertébral ou poplité, s'arrêtent les convulsions, n'est-ce point que, par une excitation parfois insignifiante en elle-même, on met en jeu des centres actifs ou inhibiteurs placés dans un véritable éréthisme nerveux? Pour expliquer les convulsions strychniques, nous admettons une exagération du pouvoir réflexe médullaire : quel prétexte pour ne pas apporter la même logique dans nos interprétations lorsqu'il s'agit d'hystérie? « Un jeune homme présente les principaux signes de

la névrose : anesthésie des mains et des bras, rétrécissement concentrique du champ visuel, anesthésie pharyngienne, hérédité névropathique. C'est une victime d'essais malencontreux de l'hypnotisme. Chaque jour il survient plusieurs accès de forme cataleptique. Il suffit, à chaque crise, de comprimer un point vertébral situé vers le milieu des vertèbres dorsales pour réveiller le cataleptique, le ramener à la vie réelle et empêcher l'apparition des mouvements convulsifs qui survenaient d'habitude. » Tous ces faits sont de science vulgaire.

La cellule nerveuse est donc plus excitable chez l'hystérique et la diffusion le long de commissures plus aisée. Sur ces notions est basée l'interprétation la plus physiologique de l'attaque d'hystérie elle-même. Elle appartient à Briquet et à été adoptée par le professeur Pitres. Une émotion morale amène un cortège de symptômes que nous avons tous sinon ressentis, du moins observés : malaise général, constriction de la poitrine, tristesse, gêne respiratoire, palpitations cardiaques, resserrement de la gorge. C'est l'angoisse. Puis à la longue, par la persistance de la cause, surviennent les vertiges, l'obnubilation du sensorium, la tendance syncopale, les tremblements musculaires; les agitations nerveuses, les longs soupirs, les sanglots, les convulsions. C'est comme une ébauche de l'attaque d'hystérie. Il ne manque pas même, comme vestiges de ce bouleversement de l'être, une courbature générale et des céphalées consécutives.

« Supposons si vous le voulez, dit Pitres, une jeune femme soudainement épouvantée par un spectacle terrifiant. Il en résultera aussitôt un ébranlement violent des éléments centraux de l'activité psychique, donnant lieu aux symptômes vulgaires de l'émotion, symptômes qui sont identiques à ceux de l'aura hystérique : concentration de la pensée, tristesse, ennui, recherche de la solitude, agacement, irritabilité. En général tout se borne à cela, du moins chez les sujets bien portants. Mais si la personne supposée est hystérique ou prédisposée à l'hystérie, la frayeur peut devenir l'occasion

d'une attaque. Alors l'excitation, primitivement localisée à certaines régions du cerveau, s'irradie aux autres parties de cet organe. Les palpitations, les sanglots, l'angoisse respiratoire, les sensations de strangulation, les bâillements, les hoquets, etc., sont les conséquences directes de sa transmission aux centres cardio-respiratoires; les douleurs erratiques, les souffrances localisées dans certains points du tronc ou des membres, les hallucinations indiquent son passage sur les centres sensitifs ou psycho-sensoriels; enfin les convulsions révèlent son extension aux centres moteurs corticaux et basilaires. »

Une mère assiste aux derniers râles de son enfant. Elle maîtrise quelque temps « ses nerfs, » mais tout à coup, elle succombe, sa gorge se reserre et elle y porte les mains pour arracher le lien qui l'étrangle; la respiration devient rude, elle tombe, les mouvements convulsifs apparaissent; ces crises autrefois inconnues, se répètent durant des jours et durent des mois... Examinez cette malade : elle est devenue hystérique. J'ai, par devers moi, plus d'un fait semblable. Actuellement j'assiste encore une jeune dame de l'aristocratie qui, à la mort de son mari, fut prise de violentes crises de nerfs. Elle a aujourd'hui les anesthésies de l'hystérie et les crises se répètent au moindre événement. Parmi d'autres faits, j'ai noté l'histoire d'un jeune ouvrier de 18 ans qui, à la nouvelle de la mort de sa mère qui venait de se noyer, perdit connaissance pendant plusieurs heures. Il est resté un hystérique avéré. Une autre fois, c'est un ouvrier occupé à travailler dans une maison; il assiste à une horrible scène de ménage : le mari tire deux coups de revolver sur sa femme. L'ouvrier ému s'enfuit et, rentré chez lui, il est pris d'une violente crise convulsive; toute la nuit il revoit la scène à laquelle il a assisté. Celui-ci n'a conservé aucun stigmate de la névrose.

Si la crise hystérique ressemble tant à la crise émotionnelle, si celle-ci peut être le début de celle-là ou même le début d'une hystérie confirmée, n'a-t-on point là une preuve convaincante

que l'interprétation si naturelle de Briquet est l'expression de la vérité?

En résumé, une excitation émotionnelle transmise à l'encéphale, y atteint les centres sensitifs, psychiques, moteurs, se diffuse et produit la série de symptômes que nous venons d'énumérer. Qu'une excitation d'un centre nerveux se transmette, se dissémine dans l'encéphale, nous savons que c'est là une loi physiologique indiscutable. Aussi une émotion s'adressant à un centre purement psychique peut stimuler les centres sensitifs et moteurs et par conséquent retentir sur les fonctions organiques et le système moteur⁽¹⁾. La physiologie expérimentale nous a prouvé aussi que l'excitation prolongée ou intense ou répétée d'un centre moteur peut se diffuser et donner lieu à des accès convulsifs généralisés : ainsi, on voit, en pathologie, des malades qui ont des attaques d'épilepsie Jacksonienne ordinairement très limitées, avoir quelquefois de véritables crises d'épilepsie généralisée.

Le système nerveux central de l'hystérique est donc très excitable; toutes les sollicitations y trouvent un écho. Aussi les suggestions diverses s'y implantent aisément, et l'on a pu dire que la suggestibilité caractérise l'état mental de l'hystérique⁽²⁾. Le cerveau de l'hystérique est une plaque sensible où se reproduisent facilement et inconsciemment toutes les suggestions. De là, la production inconsciente d'une série de phénomènes morbides. C'est dans l'hystérie traumatique que l'on a le mieux étudié ces faits. On voit ainsi s'installer des paralysies, des hyperalgésies, des troubles trophiques même, etc. et on assiste même à la production progressive de ces symptômes qui, d'ailleurs, disparaissent comme ils ont apparu, par suggestion.

Or, en présence de tel trouble psychique, de telle paralysie, on ne peut pas toujours aussi aisément que dans les cas d'hystéro-traumatisme, trouver le lieu causal qui explique

(1) FÉRÉ, *Sensation et mouvement*.

(2) GILLES DE LA TOURETTE, *loco citato*.

l'apparition du symptôme morbide. Ce n'est qu'en questionnant beaucoup, en analysant toutes les circonstances que l'on saisit *parfois* la cause qui a déterminé tel ou tel phénomène. Une source de suggestions très fréquentes, c'est l'hallucination des attaques de l'hystérie. Cette hallucination a impressionné le cerveau et celui-ci a produit inconsciemment l'altération qui survit à la crise. Ou bien, pendant le sommeil les cauchemars, les rêves nocturnes ont déposé, pour ainsi dire dans le cerveau, le germe qui produit une paralysie, une anesthésie, un trouble trophique, un état de tristesse inexplicable, etc. Et ces hallucinations nocturnes peuvent avoir des conséquences bien graves. Pitres rapporte le fait d'une hystérique qui, en proie à des hallucinations érotiques, accusa formellement un externe du service de se livrer sur elle à des attentats à la pudeur. Judiciairement quelles conséquences peuvent avoir les affirmations de semblables malades si le médecin légiste ignore les enseignements de la science. Il est tel exemple de causes célèbres qui est trop oublié! Nous ajouterons : voilà certes le cas de répéter que les hystériques sont des menteuses, des simulatrices si on ne pénétrait pas le mécanisme psychologique qui donne la clef de ces « mystères. »

A la lumière des notions que nous venons de développer, on pourra aborder fructueusement l'étude et l'interprétation des faits extraordinaires, des syndromes étranges que présentent les hystériques; on pourra tirer des déductions rationnelles qui formeront la base d'une thérapeutique efficace.

DES
DIVERSES FORMES D'AGRAPHIE
ET EN PARTICULIER
DE L'AGRAPHIE D'ORIGINE SENSORIELLE

PAR
Le D^r Paul SÉRIEUX
MÉDECIN-ADJOINT A L'ASILE DE VILLEJUIF.

Il nous a été donné de faire, l'année passée, l'autopsie de deux femmes atteintes d'agraphie accompagnée de cécité verbale. Nous avons pu constater qu'il n'existait pas d'altération au niveau des circonvolutions motrices et en particulier au niveau de la deuxième frontale. En revanche un foyer de ramollissement très étendu sur l'un des cerveaux, plus limité sur l'autre, avait lésé le lobule pariétal inférieur de l'hémisphère gauche (centre visuel cortical).

Dans notre première observation ⁽¹⁾ il s'agissait d'une femme chez laquelle étaient survenus subitement les symptômes suivants : *surdité corticale, paraphasie ; cécité verbale et psychique, agraphie*. Il n'existait point de troubles intellectuels ni moteurs. La lecture des mots imprimés ou écrits était impossible bien que la vision des lettres persistât : « Les grosses lettres, disait la malade, je les vois, mais elles sont retournées... je ne peux pas... » Quand elle essayait d'écrire, elle

(1) *Sur un cas d'agraphie d'origine sensorielle avec autopsie (Mémoires de la Société de Biologie, 5 décembre 1891).*

n'arrivait à tracer que des caractères indéchiffrables. Plus tard elle réussit à écrire certaines lettres, mais sans pouvoir les assembler pour en faire des mots. A l'autopsie on trouve les deuxième et troisième frontales des deux hémisphères intactes ainsi que la substance blanche sous-jacente ; il existe deux foyers de ramollissement symétriques au niveau des plis courbes, un foyer au niveau de la région rétro-insulaire et un quatrième à la partie inférieure du lobe temporo-occipital.

Dans notre second cas ⁽¹⁾ les rapports des phénomènes cliniques et des lésions anatomiques étaient aussi simples et aussi concluants qu'on pouvait le désirer. Point de troubles moteurs, point de surdité verbale, point d'aphasie motrice. Deux ordres seulement de symptômes : d'une part *cécité verbale* très nette ; de l'autre *agraphie* pour tous les modes d'écriture (écriture spontanée, sous dictée et d'après copie). La vision paraissait intacte ; la malade distinguait et dénommait bien les objets et les personnes qui l'entouraient ; mais la lecture était impossible, bien qu'auparavant, cela va sans dire, la malade sût lire. De même bien que la main droite eût conservé tous ses mouvements et pût saisir correctement la plume, elle ne savait plus tracer de caractère lisible. Plus tard en s'exerçant, la malade put écrire quelques lettres d'un dessin facile, mais sans jamais pouvoir les assembler en mots. A l'autopsie on ne trouva qu'une *lésion unique*, à savoir un foyer de ramollissement ayant détruit le lobule pariétal inférieur gauche et le pli courbe (centre visuel verbal). Les circonvolutions motrices étaient indemnes ; comme dans l'observation précédente l'examen microscopique du pied de la deuxième frontale ne révéla aucune altération histologique. Il n'existait également point de lésion sous-corticale.

Ces deux observations nous paraissent démontrer d'une façon très nette d'une part la localisation du centre de la mémoire visuelle des mots au niveau du lobule pariétal infé-

(1) *Note sur un cas de cécité verbale avec agraphie suivie d'autopsie.* (Mémoires de la Société de Biologie, 16 janvier 1892).

rieur gauche et en particulier au pli courbe, localisation que M. Magnan, en France, avait bien mise en évidence, et d'autre part la possibilité de troubles très accusés de l'écriture consécutivement à la destruction des images visuelles graphiques et sans altération des régions psychomotrices.

Il s'agit donc dans ces cas d'une *agraphie d'origine sensorielle*, qu'on ne saurait laisser confondue avec les autres formes d'agraphie. Il existe, en effet, on le sait, plusieurs types d'agraphie : un premier correspond à l'*agraphie secondaire à l'aphasie motrice*. Il a déjà été signalé par Trousseau qui remarquait que les aphasiques écrivent aussi mal qu'ils parlent, et par Küssmaul qui admet que les facultés de l'écriture et de la parole sont en général troublées ensemble. Au point de vue clinique cette agraphie est caractérisée par la persistance de la faculté d'écrire d'après copie.

Un deuxième type d'agraphie nous est fourni par l'*agraphie motrice pure* telle qu'elle est exposée par MM. Charcot, Pitres et Ballet. Il existerait au niveau du pied de la deuxième frontale gauche un centre moteur, autonome, où s'emmagasinent les images motrices graphiques dont l'ensemble constitue la mémoire « des synergies musculaires qui président aux mouvements de la main et de l'avant-bras dans l'acte d'écrire. » D'après cette conception l'agraphie serait due à une *amnésie motrice graphique*, à une perte de la mémoire des mouvements de l'écriture, de même que l'aphasie est due à la perte de la mémoire des mouvements nécessaires à l'articulation des mots parlés : l'agraphie serait l'aphasie de la main (Charcot). Nous devons faire remarquer avec M. Ballet que le fait décisif d'une agraphie pure avec lésion nettement circonscrite n'a pas encore été recueilli.

Les observations que nous rapportons rentrent dans une troisième forme, l'*agraphie d'origine sensorielle*. Elle est caractérisée, au point de vue clinique par la perte de tous les modes de l'écriture et par la coexistence de cécité verbale, au point de vue anatomique par l'absence de lésion intéressant les circonvolutions motrices, le centre visuel verbal

étant seul détruit. Cette forme, mise en doute par certains auteurs, avait été déjà distinguée de l'agraphie motrice pure, mais cette distinction, basée sur ce que dans l'agraphie sensorielle l'écriture spontanée et sous dictée serait conservée, ne s'accorde pas avec ce que nous avons observé. Ce n'est que tout récemment que ce type a été bien mis en lumière par M. Dejerine ⁽¹⁾. Le mécanisme de la perte de l'écriture est ici différent et peut être interprété si l'on admet avec Wernicke et Dejerine que l'acte d'écrire est subordonné à la vision mentale et consiste avant tout dans l'acte de copier les images optiques des lettres et des mots. Que celles-ci disparaissent par destruction du centre cortical visuel et l'agraphie se produit.

L'élément sensoriel est ici au premier plan et l'agraphie ne doit plus être définie une annésie motrice graphique, mais bien une *amnésie visuelle graphique*.

En résumé nos observations, venant s'ajouter à celles de M. Dejerine permettent de croire à la possibilité de la perte de l'écriture en dehors de toute lésion des frontales et consécutivement à la destruction du centre des images optiques verbales (pli courbe). Il y a donc lieu de faire à l'agraphie d'origine sensorielle une place importante à côté des autres formes d'agraphie.

(¹) Société de Biologie, 14 et 21 mars 1891.

REVUE DES JOURNAUX.

Communication préalable au sujet de différences de potentiel existant en divers points des nerfs pendant le fonctionnement vital, par ERN. SOLVAY, HÉGER et GERARD (*Bull. de l'Acad. roy. de Belg.*, 1891).

Les expériences qui ont pour but d'étudier les propriétés des nerfs se pratiquent communément sur les nerfs sectionnés et enlevés du corps de l'animal conformément aux principes établis par Du Bois-Reymond. Les expériences des auteurs portent sur les nerfs en place, vivants et chez l'animal vivant.

Ils ont opéré sur le nerf grand sympathique (rameaux cervicaux et splanchniques) du lapin et du chien, sur le nerf sciatique, parfois sur d'autres nerfs rachidiens du rat, du lapin, du chien et du mouton. Deux électrodes étaient appliquées, avec les soins nécessaires, en deux points de la surface du nerf, à une distance l'une de l'autre de 20 à 40 mm. et reliés au galvanomètre. Les auteurs insistent sur la nécessité de laisser le nerf intact; la lésion, même partielle, du névrilemme suffit pour mettre en jeu les actions électriques observées par Du Bois-Reymond dans le nerf détaché de l'organisme, manifestations essentiellement différentes de celles observées par les auteurs.

Conclusions. — a) Dans le nerf sciatique (nerfs rachidiens) :

1° A l'état de repos il existe entre deux points d'un même nerf une différence de potentiel : dans les conditions indiquées elle est de 150 à 3000 microvolts et s'élève à 40,000 microvolts dans certains cas, spécialement dans l'intoxication par le curare.

2° Cette différence de potentiel n'est pas proportionnelle à l'écartement des électrodes, en d'autres termes à la longueur de la portion du nerf comprise entre les électrodes.

3° Cette différence se maintient en gardant une valeur assez fixe, tant qu'il ne se produit chez l'animal en observation, et particulièrement dans la région de distribution du nerf observé, ni impression extérieure, ni mouvement.

4° Au contraire, tout mouvement réflexe ou volontaire dans le

membre détermine une modification électrique du nerf, modification qui a le caractère d'un phénomène de charge dont la valeur est liée à l'importance du mouvement effectué.

5° Certaines impressions (même portées sur des régions éloignées du territoire de distribution du nerf) donnent lieu à des phénomènes électriques de signe contraire à ceux observés pendant le mouvement.

Ces phénomènes sont plus intenses après des impressions portées sur le territoire de distribution du nerf.

6° L'anesthésie prolongée de l'animal par le chloroforme, l'éther, la morphine, diminue progressivement les manifestations électriques consécutives aux impressions;

7° Les alcaloïdes qui modifient profondément les fonctions motrices (curare, strychnine) provoquent des perturbations profondes dans les manifestations électriques mentionnées au 4° et au 5°.

b) Nerf sympathique :

1° Les électrodes étant placées toutes deux sur le même rameau nerveux, il n'existe entre ces deux points que des différences de potentiel faibles, relativement à celles que l'on observe dans le nerf sciatique.

2° Les impressions subies par l'animal et les mouvements réactionnels, quelles que soient les causes qui les provoquent, retiennent en modifiant ces différences de potentiel dans des sens opposés.

3° En comparant les signes des charges électriques constatées dans le sympathique avec ceux des charges constatées au même moment dans un nerf rachidien (sciatique) du même animal, les auteurs ont observé que les manifestations électriques, dans le sympathique, étaient concomitantes à des manifestations électriques de signe opposé dans le nerf sciatique.

J. D. B.

Influence de la galvanisation et de la franklinisation sur la résistance électrique du corps humain, par SILVA et PESCAROLO (*Riv. sperim. di fren.*, 1891).

Lorsqu'on fait passer par le corps humain un courant électrique constant à potentiel peu élevé, on observe aux points d'application des électrodes, surtout à l'anode, une diminution progressive de la résistance électrique jusqu'à un minimum donné en rapport avec l'intensité du courant. En même temps il semble qu'il se produit une légère augmentation de résistance en d'autres points du corps. Après enlèvement des électrodes, comme des accumulateurs, les portions du corps qui ont été parcourues par le courant continuent

à dégager de l'électricité; le courant secondaire ainsi engendré a la même direction que le courant primaire.

L'application d'électricité à potentiel élevé (électricité statique) diminue la résistance électrique quand le corps est chargé d'électricité négative et l'augmente s'il est chargé d'électricité positive.

J. D. B.

Contribution à l'étude de la fibre nerveuse cérébrospinale (structure du cylindre-axe et de l'étranglement de Ranvier), par J. DE MOOR. — Travail fait à l'institut Solvay.

La fibre nerveuse présente, à intervalles réguliers, des régions spéciales nommées étranglements de Ranvier. Le cylindre-axe offre une structure particulière à ce niveau. Son volume, sa propriété de fixer les matières colorantes, sa solubilité, son pouvoir de réduire le nitrate d'argent, sont différents dans le segment interannulaire et au niveau de l'étranglement de Ranvier. Son hétérogénéité chimique est manifeste; la nature spéciale de la partie du cylindre qui correspond à l'étranglement, et que l'auteur nomme : *région intermédiaire*, doit être admise.

Le cylindre-axe, considéré dans son ensemble, forme un véritable système capillaire constitué par une gaine anatomiquement différencié, renfermant une substance plus ou moins fluide, d'une structure non fibrillaire et variable dans ses propriétés, suivant qu'elle est étudiée au niveau de l'étranglement ou au-delà de ce point. Ce cylindre-axe est soutenu par un réticulum fibrillaire très tenu qui le met en rapport avec la couche à myéline.

L'auteur montre dans la dernière partie de son travail que ces nouvelles données sur l'histologie de la fibre nerveuse concordent d'une part avec les travaux actuels qui démontrent chaque jour de plus en plus la nature cellulaire du segment interannulaire de Ranvier, et d'autre part avec ceux qui cherchent à expliquer l'accroissement considérable que doit subir la fibre nerveuse pendant le développement de l'organisme. Au point de vue physiologique, la conception de l'hétérogénéité chimique du cylindre-axe donne une base anatomique aux études de M. Engelmann sur la propagation de l'influx nerveux dans le nerf. Elle suffit aussi pour réaliser, au point de vue électrique, des conditions spéciales de transmission étudiées par MM. P. Heger et L. Gérard.

Les circonvolutions centrales sont des organes centraux pour les cordons postérieurs, par HÖSEL (*Neur. Centralbl.*, 1891).

Examen du système nerveux d'une femme morte de démence épileptique à 52 ans, après avoir présenté les symptômes suivants : A l'âge de 3 semaines, elle eût des convulsions qui durèrent pendant neuf jours et laissèrent après elles de la paralysie des membres droits. Atrophie du membre supérieur droit ; impossibilité de lui imprimer des mouvements actifs ou passifs ; ses divers segments sont contracturés dans la flexion. Difficultés à mouvoir la jambe droite. Sensibilité tactile intacte ; pas de troubles subjectifs de la sensibilité.

Examen microscopique du cerveau : Porencéphalie ; perte de substance dans les circonvolutions centrales gauches. Il ne reste de l'hémisphère gauche que l'écorce cérébrale, la capsule interne et les ganglions de la base.

Les lésions étaient surtout marquées à la circonvolution centrale postérieure et à la circonvolution de passage de celle-ci au lobule paracentral. Il y avait :

1. Atrophie du faisceau pyramidal dans toute son étendue.
2. Atrophie d'un faisceau qui s'étendait des circonvolutions centrales au noyau rouge du même côté et de là passait à l'hémisphère opposé du cervelet par le pédoncule cérébelleux supérieur.
3. Atrophie d'un autre faisceau qui partant de la substance blanche de la circonv. centrale gauche allait à l'extrémité postérieure du segment externe du noyau lenticulaire, nettement distinct des fibres du faisceau pyramidal qui s'y rendent, passait ensuite par la région sous-thalamique longeant la base de la couche optique et la face latérale du centre médian pour se perdre au niveau du noyau rouge dans le faisceau fondamental du cordon de Reil ; plus loin on poursuivait la dégénérescence jusqu'aux noyaux des cordons postérieurs.
4. Dégénérescence d'un faisceau longitudinal situé sur les côtés de la racine descendante droite du trijumeau, entre elle et le pédoncule cérébelleux supérieur droit.
5. A droite, absence du noyau d'origine de la racine sensitive du trijumeau.
6. Une moindre étendue de la substance gélatineuse de Rolando.
7. Une moindre quantité de fibres nerveuses dans la racine ascendante du trijumeau à droite.
8. Le cordon antéro-latéral gauche était plus étroit et moins riche en filets nerveux que celui de droite.

Conclusions. — Les circonvolutions centrales sont en rapport :

- 1° Avec les cordons antéro-latéraux de la moelle comme on l'a démontré depuis longtemps.

2° Avec les noyaux bulbaires contra-latéraux des cordons postérieurs. Elles constituent donc un centre cortical des cordons postérieurs.

3° Avec certaines fibres du trijumeau dont elles constituent également le centre cortical.

Il en résulte qu'on ne peut plus envisager les circonvolutions centrales comme des centres moteurs *κατ'εξοχην*; que ce sont aussi et peut être exclusivement des centres corticaux sensoriels.

Hitzig fait observer à ce sujet qu'il existe actuellement une confusion entre les mots sensible, sensuel et sensoriel. Il propose de les définir nettement; il considère comme sensible le fonctionnement des organes des sens inférieurs, comme sensuel celui des organes des sens supérieurs, comme sensoriel le fonctionnement du sensorium. Hösel s'est rallié à cette proposition.

J. D. B.

Un cas d'acromégalie; autopsie, par le Dr GAUTHIER (Progr. méd., 1892).

Comme la plupart des acromégaliques, Per... est mort dans le marasme et dans une syncope. Depuis deux mois, l'affaiblissement de l'état général était tel que le malade ne se livrait à aucun mouvement. Plongé dans un engourdissement profond, il restait immobile des journées entières, assis sur son lit ou sur une chaise, la peau brunâtre, très flasque, ridée, écailleuse. Les facultés psychiques n'étaient pas trop altérées; il y avait seulement de la paresse à exprimer les idées, de même qu'il y avait de la lenteur dans toutes les fonctions de l'économie. Des épistaxis, comme il y en avait déjà eu dans le cours de la maladie, se renouvelèrent deux ou trois fois, laissant le malade de plus en plus épuisé. Dans le dernier mois de la vie il se produisit, à deux reprises successives, des poussées pseudo-érysipélateuses occupant les régions périorbitaires (front, nez, régions malaires). La production de ces gonflements, ayant, à s'y méprendre, l'aspect de l'érysipèle, moins la fièvre et les phénomènes généraux, n'était pas sans intérêt au point de vue de la constatation de la compression cérébrale par l'intumescence grandissante du corps pituitaire, comme on le verra tout à l'heure.

L'autopsie fut pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

L'enveloppe cutanée du crâne était dure, épaisse, criant sous le scalpel, presque adhérente au périoste. La face externe de la voûte crânienne est lisse; les sutures frontale et sagittale sont en partie soudées et méconnaissables. La protubérance occipitale est nettement épaissie; ailleurs, l'épaisseur des os est à peu près normale.

La face interne est sillonnée par des empreintes vasculaires profondes; la dure-mère est très adhérente en certains endroits. Les vaisseaux de la pie-mère sont volumineux, les lacis veineux particulièrement, et sont gorgés de sang noir. Les circonvolutions hémisphériques ont leur aspect normal. Après avoir soulevé l'encéphale pour le détacher de la base du crâne, on aperçoit une tumeur du volume des deux pouces réunis; c'est l'hypophyse.

Le cerveau enlevé, cette tumeur apparaît dans les conditions suivantes : elle remplit la selle turcique et la déborde. Sa forme est à peu près sphérique et la dure-mère, qui l'enveloppe comme d'une coque, est tendue, brillante, amincie. À l'incision de cette enveloppe, il en sort, en jaillit presque, une pulpe cérébrale, laquelle, entièrement recueillie et extraite de la poche qui la contient, est représentée par un poids de 13 grammes. Cette pulpe diffère peu comme aspect de celle qu'on obtient, par comparaison, en triturant la substance d'un corps pituitaire à l'état sain. L'examen microscopique n'y fait pas découvrir d'autres éléments que ceux de la pulpe cérébrale normale. La tige pituitaire a, pour ainsi dire, disparu, et la tumeur décrite semble se continuer directement avec le corps cendré qui est moins bombé, presque plan. Il existe également de chaque côté des traces légères de compression sur le crochet de la circonvolution de l'hippocampe.

Les nerfs optiques et les nerfs moteurs oculaires communs, plus directement en rapport avec la tumeur, n'ont pas subi de modification dans leur forme et leur structure; seulement, les nerfs optiques ont été comme déjetés en dehors et s'entrecroisent dans le chiasma en décrivant un segment de circonférence à plus grand diamètre.

Dans la dissection de la dure-mère d'avec la selle turcique, on constate que les sinus veineux (circulaire et caveux) qui font circuit autour de l'hypophyse tuméfiée ont été tout particulièrement comprimés. Même le sinus coronaire n'existe plus qu'à l'état virtuel; nous n'avons pu le reconnaître. Il n'est donc pas étonnant que l'obstacle rencontré dans cette région par les veines ophtalmiques soit la cause de la tuméfaction périorbitaire signalée chez le malade dans les derniers jours de son existence.

La fosse pituitaire a subi des altérations importantes. Sa configuration et ses limites ne sont plus tranchées comme à l'état normal. La gouttière optique n'est plus reconnaissable et les apophyses clinoides postérieures sont en partie détruites, de sorte que gouttière optique, selle turcique et un tiers environ de la lame quadrilatère ne forment plus qu'une cavité unique, plus profonde, plus élargie et aussi moins élevée au-dessus des fosses latérales de l'étage

moyen. La lame osseuse de cette cavité est certainement amincie; avec une faible pression le bistouri pénètre facilement dans les sinus sphénoïdaux. Les sinus frontaux ont leurs dimensions ordinaires. L'encéphale ne présente aucune lésion. Rien à signaler dans les ventricules. Les nerfs de la base du crâne sont intacts. Rien à mentionner du côté du grand sympathique. Le larynx et le corps thyroïde sont régulièrement augmentés de volume, mais sans autre altération qu'une ossification commençante des cartilages du larynx. Pas de traces du thymus. Sur le péricarde une plaque blanche laiteuse, de la dimension d'une pièce de 20 centimes; deux cuillerées de liquide citrin dans la cavité. Le cœur est gros: vidé de quelques caillots de sang contenus dans les oreillettes, il pèse près de 400 grammes. Le myocarde, sans avoir subi pourtant de dégénérescence proprement dite, est mou, décoloré; les oreillettes et le ventricule droit s'affaissent, se dépriment sous leur propre poids. Les valvules mitrales et tricuspidiennes sont saines, mais insuffisantes, la dernière surtout. Les orifices de l'aorte et de l'artère pulmonaire sont larges, sans altérations. Les poumons, le foie et la rate sont intacts. Les reins sont volumineux; le droit mesurant 15 cent. de longueur, le gauche 14. Coloration jaunâtre; consistance molle. Il a été impossible, malgré l'intérêt qui s'attachait à cet examen, d'étudier toutes les parties du squelette. On a dû se contenter d'examiner les articulations des doigts à propos desquelles on a fait l'observation suivante: « Les phalanges semblent avoir subi une hyperextension sur les phalanges, de sorte que la face dorsale des doigts réunis n'a plus l'aspect d'une surface plane, mais celui d'une surface légèrement concave. Cette modification est surtout prononcée pour l'annulaire gauche qui semble avoir été réellement brisé au niveau de l'articulation phalango-phalangienne. D'autre part, la phalangette de ce même annulaire et la phalangette du médius voisin sont soudées chacune avec la phalange correspondante, au point que phalangette et phalange ne forment plus qu'un seul os. » On a vérifié sur le cadavre l'exactitude de cette description: L'articulation phalango-phalangienne de l'annulaire gauche présente l'état suivant: l'extrémité inférieure de la phalange est complètement déformée par l'usure, elle a perdu sa forme trochléenne et se présente plutôt sous l'aspect d'une surface irrégulièrement arrondie, poreuse, taillée en biseau au-dessus de sa face dorsale; l'extrémité supérieure de la phalange est figurée par une cavité glénoïde unique, à peine marquée. Les deux surfaces s'emboîtent très incomplètement et sont séparées par un liquide synovial épais et relativement abondant. Quant à la phalangette de l'annulaire gauche et celle du médius voisin, elles

ne forment réellement chacune qu'un seul os avec les phalanges correspondantes, tant est complète la soudure osseuse.

--

Examen anatomo-pathologique du cerveau d'une femme morte d'intoxication par l'oxyde de carbone, par CRAMER (*Centralbl. f. Psych. und Nervenhe.*, 1891).

Femme de 71 ans, sans antécédents héréditaires, saine de corps et d'esprit est intoxiquée par l'oxyde de carbone et meurt le troisième jour.

Autopsie : 1. Atrophie des filets nerveux de l'écorce; cette lésion est généralisée et diffuse.

2. Altération des cellules ganglionnaires corticales;

3. Ramollissement de certains vaisseaux dans les ganglions de la base, la protubérance et la moelle.

4. Hypertrophie diffuse de la neuroglie à la substance blanche cérébrale et dans une portion limitée, peu étendue, de la paroi supérieure de l'aqueduc de Sylvius.

C. rapporte l'origine de ces lésions à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

J. D. B.

—

Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale, par BINSWANGER (*Neur. Centralbl.*, 1891).

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur l'étiologie de la paralysie générale : les uns en voient la cause unique dans la syphilis, d'autres la rattachent à l'alcoolisme pour le plus grand nombre des cas, d'autres encore lui donnent des origines multiples et prétendent que plusieurs facteurs concourent à sa production.

On ne peut pas conclure du mode de début, de la marche, ni des symptômes de la paralysie générale à son origine syphilitique. En d'autres termes les cas de paralysie générale qui éclatent chez d'anciens syphilitiques ne se distinguent ordinairement en rien des autres. La paralysie générale syphilitique n'existe pas en tant qu'affection distincte avec symptômes corporels et psychiques propres. Il est indéniable cependant qu'il existe un rapport entre la syphilis et la paralysie générale; plus de 50 % des paralytiques généraux ont eu la syphilis. Admettons donc que la syphilis joue un très grand rôle dans la production de la paralysie générale mais avouons que bien d'autres causes ont un rôle aussi important.

Par l'examen anatomique on n'a pu, non plus que par l'étude des symptômes, différencier la paralysie générale syphilitique de celle qui ne l'est pas. Dans la plupart des cas il est impossible de démon-

trer la nature spécifique de la lésion; il est très rare de trouver à l'autopsie en même temps des lésions de la paralysie générale et des altérations spécifiques gommeuses et artérielles.

Dans quelques cas (Zambaco, Westphal, L. Meyer, etc.) on a trouvé à la fois les lésions de la paralysie générale et des altérations syphilitiques caractéristiques, vasculaires et gommeuses.

B. n'y voit cependant pas la preuve de la nature syphilitique de la paralysie générale; avec Strümpell il considère ces deux cas comme de nature post-syphilitique, comme il y a des paralysies post-diphthéritiques, post-typhiques, etc.

L'auteur décrit deux nouveaux cas.

Les malades avaient présenté les symptômes de la paralysie générale; à l'autopsie il a constaté les altérations caractéristiques produites par cette affection et des néoformations gommeuses et syphilitiques anciennes, peu étendues, dans lesquelles il ne faut pas voir l'origine des lésions paralytiques. L'auteur considère ces lésions syphilitiques observées comme analogues à celles que l'on peut rencontrer partout chez les individus syphilitiques; les lésions diffuses de la paralysie générale ne sont pas syphilitiques, mais post-syphilitiques.

J. M.

Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie agitante,
par KOLLER (*Archiv. de Virchow*, 1891).

I. K. n'a rien observé du côté de la moelle ou du cerveau. Œdème de la pie-mère. Les deux nerfs sympathiques sont excessivement mous et minces. Le malade est mort à l'âge de 76 ans.

II. Carotides béantes, à parois fortement sclérosées. Artères basilaire et vertébrale intactes. Adhérences de la dure-mère. Rien à la pie-mère. Circonvolutions très saillantes, étroites. Les circonvolutions centrales sont plus larges à gauche qu'à droite. Substance blanche augmentée de consistance, fortement réduite de volume. Dilatation assez marquée de ses vaisseaux; ils sont remplis de sang non coagulé. Teinte jaunâtre des cordons postérieurs dans la portion supérieure de la moelle épinière. Fortes adhérences de la pie-mère à la dure-mère à la région cervicale; la moelle épinière y est aplatie. Pyélite. Hydronévrose. Age du malade au moment du décès: 69 ans.

III. Age au moment du décès: 71 ans. — Moelle épinière diminuée d'épaisseur; vaisseaux de la pie-mère médullaire gorgés de sang. Aplatissement de la moelle épinière. A la partie inférieure de la moelle cervicale, augmentation de consistance de la substance blanche; substance grise rougeâtre. Adhérence des os frontaux et de la dure-mère dont les vaisseaux sont fortement dilatés et gorgés

de sang. Œdème de la pie-mère. Dilatation des artères de la base; elles sont flexueuses. Épaisseur normale de leurs parois : pas de plaques athéromateuses. Dilatation modérée de la carotide. Augmentation de consistance de la substance cérébrale; substance blanche fortement réduite de volume, œdématisée; elle renferme beaucoup de sang. Augmentation d'épaisseur de la substance grise; dilatation marquée du troisième ventricule. Augmentation notable de la consistance du noyau lenticulaire et de la corne d'Ammon. Petits foyers de ramollissement à la substance blanche de l'extrémité postérieure du noyau caudé; un autre dans la substance sous-corticale du lobe occipital. Congestion de la substance grise olivaire.

Pas d'éléments nerveux atrophies ou hypertrophiés; pas de dégénérescence des filets nerveux ni des cellules nerveuses tant à la substance grise qu'à la substance blanche. L'auteur considère comme secondaires les petits foyers de ramollissement qu'il a rencontrés. Il n'a trouvé d'altérations importantes que dans les vaisseaux et les tissus conjonctifs.

Les lésions de la paralysie agitante offrent beaucoup d'analogies avec celles de la démence sénile.

J. D. B.

Contribution nouvelle à la pathologie de la paralysie agitante,
par BORGHIERINI (*Riv. sper. di fren.*, 1891).

B. relate l'autopsie d'un cas de paralysie agitante qu'il avait décrit autrefois; pas de troubles intellectuels; sensibilité intacte, retard dans la contraction musculaire, rigidité des membres et du tronc; contractions fibrillaires; tremblement généralisé, surtout marqué aux membres supérieurs, à la langue et à la face. Motilité limitée des globes oculaires; lenteur de la déglutition et du réflexe pharyngien. Tachycardie, symptômes vaso-moteurs très accusés, congestions spontanées de la face accompagnées de vertiges; hyperesthésie du sens de la température. Affaiblissement des réflexes tendineux et cutanés et diminution de l'excitabilité électrique.

Examen microscopique du système nerveux : prépondérance des altérations vasculaires; épaississement de la paroi qui contient des noyaux nombreux, distension des espaces lymphatiques péri-vasculaires, septa conjonctifs épais s'irradiant des vaisseaux dans le tissu nerveux.

Pas d'altérations d'un autre genre dans le cerveau et le cervelet; éléments nerveux normaux, quelques corpuscules amyloïdes épars.

À la protubérance, il y avait des altérations vasculaires plus marquées, des dilatations anévrysmales des petits vaisseaux. Altérations prononcées des éléments nerveux : cellules ganglionnaires fortement

pigmentées, déformées, entourées d'espaces pér cellulaires volumineux. Ces lésions sont surtout marquées aux noyaux d'origine du nerf vague, du glossopharyngien, du facial et de l'oculomoteur. A ce niveau au plancher du quatrième ventricule, sous l'épendyme existe une véritable atrophie de la substance grise. A la moelle allongée la diminution du nombre des filets nerveux dans la région des olives est la principale lésion observée. A la moelle épinière, il y avait des altérations surtout aux régions cervicale et dorsale; épaissement de la substance conjonctive périphérique et de la névroglie dont les noyaux ont augmenté en nombre. Dilatation et épaissement des vaisseaux sanguins de la corne grise; canal central oblitéré par de nombreux noyaux.

Quelques fibres atrophiées dans les racines spinales, le nerf vague, le médian, le tibial externe. Atrophie des éléments cellulaires des ganglions du grand sympathique; anévrysmes miliars.

Muscles péroniers intacts, biceps atrophiés.

Conclusion. — L'affection a attaqué primitivement des vaisseaux; en effet : 1° Les altérations inflammatoires sont distribuées dans le système nerveux sans ordre et sans aucune espèce de systématisation; on en observe même en certaines régions où il n'existe pas de traces d'atrophie du système nerveux; 2° Il existe un grand développement des vaisseaux sanguins; on en trouve là où normalement on n'en rencontre pas ou fort peu; 3° Il y a prédominance des symptômes vaso-moteurs.

J. D. B.

Des effets de l'alcool pur sur l'organisme et particulièrement sur le système nerveux périphérique, par P. F. SPAINK (Neurol. Centralbl., 1891).

Expériences faites sur des lapins; l'auteur leur donnait de l'alcool par la sonde stomacale. Symptômes observés : perte de poids, abrutissement, faiblesse, tremblement de la langue et des joues, accès de tremblement général, états particuliers rappelant le delirium tremens.

Examen des nerfs périphériques : dégénérescence des gânes de myéline. Altérations spéciales du cylindre-axe que l'auteur est le premier à signaler; le cylindre-axe est par places enroulé en spirale ou en tire-bouchon.

L'auteur ne croit pas devoir rapporter ces altérations aux procédés de fixation et de durcissement dont il s'est servi; il les considère comme pathologiques.

J. D. B.

Méthode nouvelle pour étudier le sens de la température chez le malade, par LEEGARD (*Dtsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1891).

Méthode essentiellement clinique qui donne des résultats plus rapides que celle de Weber. Elle recherche dans quelles limites la peau reste indifférente aux variations de température.

Pour l'appliquer on se sert d'un récipient de cuivre cubique dont chacune des faces a une étendue de 9 centimètres carrés et qui renferme 70 cc. d'eau; on y plonge un thermomètre assez sensible pour donner le $\frac{1}{10}$ degré centigrade.

On assied le malade à son aise et on lui bande les yeux; on laisse l'une des faces du cube en contact avec la surface cutanée choisie pendant cinq secondes; on élève ou on abaisse la température du cube et on le remet en contact pendant cinq nouvelles secondes à chaque nouvel essai.

L'individu bien portant perçoit en général des différences de 1° C., même de $\frac{1}{2}^{\circ}$ C. L'insensibilité pour une différence de température de plus de 1° C. doit être considérée comme pathologique.

Il ne faut pas tirer des conclusions des premières observations; il faut, comme pour l'exploration du sens des couleurs, que le malade soit exercé avant que le médecin puisse conclure. J. D. B.

Recherches expérimentales sur la production de l'exophtalmie et la pathogénie de l'œdème, par le Dr R. BODDAERT, professeur à l'Université de Gand (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1891).

M. le prof. Stilling, de Lausanne, a étudié la production expérimentale de l'exophtalmie dans une note présentée par M. Charcot à l'Académie des sciences de Paris dans sa séance du 19 janvier 1891 et résumée dans le *Bulletin de la Société de Médecine mentale* (mars 1891). A la suite des observations qui s'y trouvent formulées, M. Boddaert s'est proposé de revoir, en les complétant, ses travaux antérieurs sur ce sujet et de vérifier certains faits constatés par le professeur de Lausanne.

Une première série d'expériences met en relief le rôle de la section du sympathique cervical dans la production de l'exophtalmie. Alors que l'hyperémie artérielle qui suit la double section de ce cordon nerveux ne parvient pas à empêcher le retrait de l'œil dans l'orbite, dû à la paralysie du muscle de Müller, l'influence de la paralysie vaso-constrictive, jointe à celle d'un obstacle à la circulation en retour, amène des résultats considérables au point de vue de la

turgescence des veines rétro-bulbaires qui détermine la saillie des yeux. D'autre part, pour la production de l'exophtalmie, l'obstacle à la circulation veineuse, à lui seul, se montre insuffisant ou ne donne généralement qu'un effet peu marqué; cet effet doit être complété par la section du sympathique.

On peut produire ainsi une exophtalmie unilatérale en liant la veine jugulaire externe et en coupant le sympathique cervical du même côté, augmenter notablement la saillie de l'œil due à la ligature des jugulaires externes en coupant un des cordons du sympathique, cette saillie se produisant surtout du côté de la section, etc. Dans ces diverses expériences, la paralysie vaso-constrictive agit en augmentant la tension dans le système vasculaire correspondant.

La partie du travail qui traite de la pathogénie de l'œdème commence par un historique de la question; les résultats obtenus à la suite de la ligature des jugulaires externes sont, en ce qui concerne l'infiltration œdémateuse, fort peu concordants. L'auteur indique les causes de cette divergence d'opinions; il expose aussi les précautions qu'il convient de prendre pour donner le plus de précision et de rigueur possible aux études expérimentales de ce genre. Il a tâché surtout d'établir la part qui revient à la paralysie vaso-motrice dans la production de l'œdème.

Il résulte de ses recherches qu'un empêchement à la circulation en retour étant constitué, la paralysie vaso-motrice, en provoquant un afflux considérable de sang dans les petits vaisseaux, produit en quelque sorte l'effet d'un obstacle mécanique additionnel et rend la déplétion des veines de plus en plus difficile; elle favorise donc le développement de l'œdème. Mais, à ce point de vue, cette paralysie n'est en aucune façon indispensable; l'augmentation de la pression du sang, consécutive à la seule ligature des veines, peut par elle-même, quand elle est portée à un certain degré, produire une transsudation de sérosité. Le degré de la congestion veineuse trouve sa mesure dans le développement de l'exophtalmie; celle-ci résulte en effet de l'accroissement de la tension dans les veines de la cavité orbitaire.

R. B.

Maladie de Basedow, avec myxœdème, par M. P. SOLLIER
(*Revue de médecine*, 1891).

La possibilité de l'existence du sclérème ou de l'œdème au cours de la maladie de Basedow, sans être absolument nouvelle, puisque quelques auteurs (Rendu, Leube, Eulenburg) l'ont déjà signalée, est cependant encore peu connue. L'auteur relate deux observations de ce genre, dans lesquelles les phénomènes de la maladie de

Basedow coexistaient avec un œdème généralisé qui, chez une des malades, avait tous les caractères d'un véritable myxœdème. Dans les deux cas, le corps thyroïde, au lieu de présenter l'hypertrophie habituelle du goître exophtalmique, était atrophié. Le traitement électrique amenda, chez les deux malades, non seulement les phénomènes basedowiens, mais aussi le myxœdème. Ce fait montre bien que, dans les observations de l'auteur, il ne s'agissait pas d'une simple coïncidence entre la maladie de Basedow et le myxœdème, mais que les deux affections avaient un cours commun. On sait, en effet, que le myxœdème, lorsqu'il est primitif, n'est pas influencé par le traitement électrique.

Des troubles de l'équilibre dans les tumeurs du lobe frontal,
par BRUNS (*Neurol. Centralbl.*, 1891).

L'auteur décrit quatre cas de tumeurs du lobe frontal avec ataxie cérébelleuse. Il en résulte que :

1° Souvent il existe dans ces cas des troubles de l'équilibre présentant absolument les caractères de l'ataxie cérébelleuse;

2° Ce symptôme est plus rare dans les tumeurs localisées en d'autres régions du cerveau;

3° Les symptômes qui existent simultanément permettent en général d'établir le diagnostic différentiel entre l'ataxie cérébelleuse et celle d'origine frontale.

Dans le cas d'ataxie cérébelleuse on observe l'absence de symptômes paralytiques et d'un foyer douloureux à la percussion du crâne, l'apparition précoce de la névrite optique, de violents accès de céphalalgie avec vertiges et vomissements. Dans le cas de tumeur frontale on observe de fréquents accès de monoplégie, d'hémiplégie, un point douloureux à la percussion dans le voisinage de la tumeur, la production tardive et même l'absence de névrite optique, des désordres intellectuels.

Aucun de ces symptômes n'est pathognomonique; on observe souvent du vertige dans les tumeurs frontales.

Bruns met en garde contre la confusion possible entre la tumeur cérébrale et la néphrite dans le cas d'urémie et de névrite optique. Dans un cas qu'il rapporte, le diagnostic fut établi malgré l'existence d'un rétinite albuminurique caractéristique. A l'autopsie, on ne trouva pas d'altération rénale.

Dans un autre, cas l'auteur observa un symptôme intéressant, déjà souvent mentionné : un bruit de pot fêlé à la percussion du crâne au niveau de la tumeur. C'est l'indice d'une usure des os du crâne à ce niveau.

J. D. B.

*Quelques mots sur la méningite cérébro-spinale, par le Dr OEBEKE
(Berl. Klin. Wochensch., 1891).*

Certaines méningites et autres affections cérébrales sont dues au passage dans les organes intracrâniens de microbes qui ont envahi primitivement un autre organe de l'économie ou de leurs produits d'excrétion (pneumonie, fièvre typhoïde). On a prétendu dans ces derniers temps que la méningite cérébro-spinale surtout était toujours due au passage dans les méninges des pneumocoques partis d'un foyer primitif de pneumonie, évident ou larvé.

Oebeke décrit deux cas de méningite cérébro-spinale dont l'autopsie n'a pas donné de résultats concordants avec cette théorie; l'examen du poumon fait avec le plus grand soin ne fit trouver aucune trace de lésion pulmonaire.

1. Écolier de 13 ans; père ivrogne, famille pauvre. A eu dans le temps des accès, fort analogues aux accès épileptiques pour autant que vaille la description qui en a été faite. La méningite a débuté brusquement l'après-midi par de l'abattement et de la céphalalgie; le soir accès convulsif généralisé avec perte de connaissance. Pas d'élévation de température. Tête chaude, cris continus, degré modéré de trismus, déglutition difficile; contraction modérée des muscles de la nuque. Le lendemain, nouvel accès de convulsions. Augmentation du trismus. Mort quarante-sept heures après l'apparition des premiers symptômes.

A l'autopsie du système nerveux central, on a trouvé les lésions de la méningite cérébro-spinale : poumons hyperémiés, crépitants; aux lobes inférieurs par plans plus ou moins étendus, infiltration hémorragique surtout marquée à la périphérie.

2. Écolier de 10 ans, frère du précédent. Écoulement purulent par l'oreille gauche quelques années auparavant. Le malade s'effraie des convulsions auxquelles son frère était en proie et se met au lit le lendemain après-midi : abattement, fatigue, convulsions; pas d'élévation notable de la température, trismus, délire léger, raideur des muscles de la nuque; agitation motrice. Mort quarante-trois heures après le début de l'affection.

A l'autopsie du système nerveux central : lésions de la méningite cérébro-spinale. Poumons intacts.

Il fut procédé à l'examen bactériologique du pus trouvé dans les deux cas signalés; il contenait des microcoques disposés en chaînettes qui donnèrent des cultures spéciales sur agar-agar.

L'auteur les considère comme la cause de ses cas de méningite cérébro-spinale.

Nous ne ferons pas d'observations au sujet de cette relation, sinon

que nous faisons toutes nos réserves quant à la conclusion à laquelle arrive l'auteur lorsqu'il prétend voir dans les microcoques signalés l'origine de la maladie. Les preuves qu'il en donne nous semblent peu démonstratives.

J. D. B.

Commotion cérébrale; conséquences graves peu fréquentes; symptômes vaso-moteurs, par FRIEDMANN (Arch. f. Psych., 1891).

L'auteur en a observé deux cas :

I. Chute à la suite d'un coup sur l'arcade sourcilière gauche; pas de perte de connaissance mais paralysie du facial, de l'oculo-moteur externe et de certains filets de l'oculo-moteur commun, vertiges, céphalalgie, vacillation dans la marche. Peu à peu amendement des symptômes; mais après cinq mois aggravation brusque : violents accès de céphalalgie, prostration générale, paralysie spastique des membres; celle-ci cède au bout de huit jours; mais les accès de céphalalgie restent violents; ils ont une marche typique, commencent généralement vers onze heures du matin et durent pendant une à cinq heures. La douleur se fait sentir d'abord un peu à gauche de la bosse pariétale, s'étend au front, puis à l'oreille droite; en même temps au siège de la douleur se présentent des sensations anormales, symptômes de congestions, sudation. Persistance des symptômes paralytiques et des vertiges primitifs; dépression psychique. Un an après l'accident initial, perte brusque de connaissance, puis délire, et le lendemain coma et mort.

Autopsie : rien à l'œil nu. A l'examen microscopique, lésions vasculaires bien marquées; hyperémie générale de tout l'encéphale; petits foyers hémorragiques d'origine récente autour des capillaires; en quelques places, dilatation lacunaire des vaisseaux; plus fréquemment dilatations anévrysmales. Abondance de cellules lymphatiques dans la paroi vasculaire, prolifération nucléaire. Dégénérescence hyaline de la paroi des vaisseaux. Rien d'anormal aux vaisseaux de la base, ni aux noyaux d'origine des nerfs crâniens. A la protubérance et à la moelle allongée : congestion, foyers récents d'hémorragie. Prolifération des éléments cellulaires de la pie-mère, notamment de l'endothélium. Pas de pus.

II. En 1886, le malade tombe d'un escalier, ne se fait qu'une plaie légère et superficielle à la peau de la région pariétale droite, mais perd connaissance et le lendemain est pris de vertiges et de douleurs à la partie postérieure de la tête à gauche; en même temps nausées, dilatation plus grande de la pupille gauche; de temps en temps accès de fièvre. Amélioration progressive pendant les deux années suivantes, interrompue cependant par des accès analogues au premier après une fatigue un peu exagérée.

Affaiblissement intellectuel progressif, perte fréquente de mémoire.

En 1890, pendant un des accès il y eût un assoupissement et une fièvre intense. On pratiqua la trépanation à la partie postérieure du crâne; elle ne fit rien constater de particulier, mais elle est immédiatement suivie d'une amélioration et de la cessation de la fièvre. Le troisième jour la fièvre réapparaît, suivie du coma et de la mort.

Rien à l'autopsie macroscopique; l'examen microscopique n'a pu être pratiqué.

Dans les deux cas, nous notons le même début, les mêmes symptômes, le même mode de terminaison. Les symptômes se divisent en : 1° Symptômes de paralysie des nerfs crâniens; 2° Accès de céphalalgie avec paroxysmes caractéristiques; 3° Affaiblissement intellectuel progressif; 4° Attaques analogues à celles que l'on observe dans la méningite et pendant lesquelles la mort survient.

L'auteur ne croit pas pouvoir poser le diagnostic de méningite infectieuse; les symptômes observés sont dus à la commotion cérébrale subie par les malades. On sait en effet que la commotion cérébrale vraie détermine des altérations vasculaires persistantes; ses effets s'accroissent dans la suite, parce que 1° Elle engendre une tendance aux congestions cérébrales et par suite des troubles vasomoteurs cérébraux; 2° Elle entraîne des troubles de la nutrition de la paroi vasculaire et par conséquent des variations dans la composition de la lymphe qui sort des vaisseaux et alimente les éléments nerveux.

Les accès de céphalalgie sont dus aux congestions; les paralysies nerveuses sont d'origine périphérique, comme le prouve la réaction de dégénérescence notée pour le facial : l'affaiblissement intellectuel est la conséquence de l'altération des parois vasculaires; les exacerbations méningitiques résultent de l'état anormal du cerveau : la fièvre, l'excitation des centres thermiques encéphaliques.

J. D. B.

Tic convulsif généralisé, par M. KAHLER (Soc. impéριο-royale des méd. de Vienne, 1892).

Il s'agit d'un cas rare de névrose spasmodique. Un jeune homme de 18 ans pris, à la suite d'une peur, gagne des spasmes qui, au début, n'occupaient que le côté droit du corps, mais qui, plus tard, se sont généralisés; actuellement, ils sont plus intenses à gauche qu'à droite. Qu'il soit debout, couché ou assis, ce malade présente l'attitude d'un scoliotique et il est, en outre, animé de secousses convulsives dues à la contraction des muscles du dos; pendant le sommeil et dans la narcose chloroformique, la colonne

vertébrale reprend sa direction normale. Les convulsions sont arythmiques et siègent surtout dans les muscles du tronc et de la nuque; la face en est absolument exempte. Par un effort de volonté très énergique et lorsqu'il appuie la tête sur sa main, le malade peut arrêter pour quelques instants les spasmes, mais seulement d'une façon passagère. K. estime qu'il s'agit ici d'un tic convulsif qui se distingue du type ordinaire par l'intensité des contractions et par leur généralisation à tout le corps.

Comme confirmation de cette opinion, K. présente un malade atteint d'une forme typique de tic rotatoire survenu à la suite de l'influenza. Il existe dans ce cas des spasmes cloniques et toniques. Pendant plusieurs mois, la tête resta inclinée de côté et, pendant la marche, elle est animée d'oscillations caractéristiques.

On pourrait encore songer à la chorée minor, à la chorée électrique, au paramyoclonus et à l'hystérie. Il exclut ces trois premières maladies, la chorée minor *a priori* et parce que dans les deux autres maladies les convulsions ressemblent à des éclairs. Quant à l'hystérie, causée p. ex. par une émotion vive, il n'existe aucun stigmate de la névrose : ni anesthésie, ni rétrécissement du champ visuel, ni attaques, ni troubles psychiques, etc.

Le pronostic dans ce cas n'est pas absolument défavorable, la guérison spontanée de ces névroses n'étant pas rare. L'état du malade est, du reste, actuellement meilleur qu'à l'époque où il est entré dans le service.

Un nouveau traitement du tabes, par D^r BENEDIKT (Coll. méd. de Vienne, 1892).

Cette méthode consiste à pratiquer l'extension forcée de la moelle; elle a été imaginée par Pietro Bonuzzi; elle a l'avantage de ne pas exiger un appareil spécial et de produire des effets beaucoup plus énergiques que la suspension. Bonuzzi saisit les pieds avec un essuie-mains et les porte en avant, de façon que les genoux viennent toucher le front du malade dont la tête est relevée par un coussin. Les recherches faites par Bonuzzi sur le cadavre ont montré que l'élongation de la moelle obtenue de cette façon est trois fois, chez le vivant même quatre fois plus considérable que celle obtenue par la suspension. Bonuzzi n'a appliqué cette méthode qu'une seule fois chez l'homme. Benedikt a essayé ce traitement dans un grand nombre de cas et a obtenu plusieurs résultats surprenants. Des malades qui étaient jusque-là incapables de marcher et de se tenir debout ont pu, après ce traitement, faire de longues promenades et se tenir debout les yeux fermés. Ce traitement exige néanmoins

beaucoup de prudence, parce qu'on peut produire de la rachialgie, du gonflement des cuisses et des hémorragies musculaires. Dans un cas, Benedikt a vu paraître, plusieurs heures après une séance d'extension, des évanouissements et une adynamie générale avec vomissements qui durèrent plusieurs jours.

Pathologie, diagnostic et traitement des tumeurs intracrâniennes, par KNAPP (*Rivista sper. di Frenatr.*, 1891).

Dans ce traité, Knapp expose les symptômes, le diagnostic, le traitement, les résultats de l'autopsie de quarante cas de tumeur intracrânienne observés dans sa pratique hospitalière. En voici les points les plus intéressants.

I. La proportion de tumeurs cérébrales trouvées à l'autopsie, alors que l'on n'avait noté aucun symptôme pendant la vie, est étonnamment grande (6 cas sur 40).

II. L'épilepsie partielle n'est pas un symptôme certain de l'existence d'une lésion organique, grossière du cerveau; elle peut n'être qu'une forme d'épilepsie idiopathique et urémique; il ne faut donc pas, sans autres preuves, conclure de son existence à la réalité d'une lésion en foyer.

III. Pour déterminer le siège de la tumeur, Knapp donne les indications suivantes :

a) Tumeurs de l'écorce cérébrale.

1. Région frontale : troubles psychiques, symptômes diffus, épilepsie partielle, aphasie, troubles de l'odorat.

2. Région centrale (circonvolution frontale et pariétale ascendante); épilepsie partielle, monoplégie, anesthésie partielle, aphasie motrice.

3. Région pariétale : cécité verbale, troubles du sens musculaire, hémianopsie homonyme.

4. Région occipitale : hémianopsie homonyme, cécité psychique.

5. Région temporo-sphénoïdale : surdité verbale, troubles du sens du tact, de l'odorat et de l'ouïe.

b) Tumeurs du corps calleux : symptômes latents; hémip légie progressive; souvent bilatéraux.

c) Tumeurs de la région opto-striée : hémip légie, contractures.

Si la tumeur siège à la partie postérieure de la région : hémianesthésie, hémio pie homonyme, chorée post-paralytique, athétose.

d) Tumeurs des pédoncules cérébraux : paralysie croisée du nerf oculo-moteur commun et des membres.

e) Tumeurs des corps quadrijumeaux : paralysie de l'oculo-moteur, marche vacillante; cécité (?); surdité (?).

f) Tumeurs du bulbe et de la protubérance : paralysie croisée de la face et des membres, ou de la langue et des membres ; lésions d'autres nerfs crâniens.

g) Tumeurs du cervelet : ataxie, vomissements.

h) Tumeurs de la base : absence fréquente de symptômes.

1. Étage antérieur : troubles psychiques, troubles de la vue et de l'odorat, exophtalmie.

2. Étage moyen : troubles visuels, paralysie des muscles innervés par l'oculo-moteur commun, hémiplégie.

3. Étage postérieur : névralgie du trijumeau, ophtalmie neuro-paralytique, paralysie de la face et de la langue, troubles de l'ouïe, paralysie croisée.

4. Hypophyse : troubles visuels, paralysie des muscles innervés par l'oculo-moteur.

Traitement. — L'auteur s'occupe spécialement du traitement chirurgical. Ce traitement ne peut être qu'exceptionnel ; il faut, pour l'appliquer : 1° que la tumeur soit située dans une région accessible à l'instrument, et 2° qu'il soit possible de faire le diagnostic du siège de la tumeur. Des quarante tumeurs observées, quatorze se trouvaient dans une région accessible au chirurgien, mais le diagnostic de la position exacte de la tumeur n'avait pu être fait que dans quatre cas.

J. D. B.

Sur la chirurgie du cerveau, par HAY AGNEW (*New-York med. Record et Journ. de méd. de Brux.*, 1892).

L'auteur pose les règles suivantes dans la chirurgie du cerveau :

1. Dans toutes les fractures du crâne avec dépression, que celle-ci soit légère ou profonde, il faut faire la trépanation en vue des suites, sans avoir égard aux symptômes existants ;

2. Dans l'épilepsie traumatique, la trépanation ne donne, dans les cas favorables, qu'un résultat palliatif ;

3. Dans l'épilepsie jacksonnienne, la trépanation ne donne qu'un résultat temporaire ;

4. La trépanation est indiquée dans les abcès du cerveau, puisque ceux-ci, abandonnés à eux-mêmes, ont une issue fatale. L'opération aura d'autant plus de chances de succès qu'elle aura été entreprise plus tôt ;

5. La trépanation est tout indiquée dans les cas d'hémorragie intra-crânienne traumatique ;

6. L'ouverture du crâne dans l'hydrocéphalie est une opération absolument inutile ;

7. La trépanation dans les cas de microcéphalie indépendants de l'athétose, n'a aucun crédit en chirurgie ;

8. Il est plus que probable que, dans la suite, les indications de l'intervention dans les cas de tumeur du cerveau deviendront plus restreintes.

De la névrose traumatique, par ELZHOLZ (Coll. med. de Vienne, 1891).

Le 7 janvier 1891, un homme tombe du train Orient-Express qui marchait à toute vitesse; en tombant sur les rails voisins, il se contusionna le côté gauche.

A la suite de cette chute, cet homme perdit connaissance et eut une hémorragie abondante par la bouche, le nez et l'oreille gauche. Quatre jours après, nouvelle hémorragie par l'oreille gauche suivie de l'écoulement d'un liquide clair et visqueux, écoulement qui persiste encore aujourd'hui. Pendant quatre semaines, le malade ne put se lever; il avait des vertiges, des nausées, des vomissements et des douleurs dans tout le côté gauche du thorax. Au mois d'avril, le malade se plaignait toujours de maux de tête continuels et de troubles de la vue, il voyait des disques colorés lorsqu'il regardait la lumière. Quelque temps après survint une hémiparésie gauche accompagnée d'hyperhidrose et de cyanose du membre. En septembre, on constata que, quand le malade parlait, la commissure labiale droite était paralysée, qu'il ne pouvait ni souffler ni siffler. Le voile du palais était dévié à droite, la mastication n'était possible que du côté droit, l'odorat et l'ouïe étaient diminués à gauche; du côté de la vue, on nota, en outre, du côté gauche, une diplopie monoculaire et un rétrécissement du champ visuel pour les couleurs avec disparition de la perception de la couleur jaune. Les réflexes du trijumeau étaient presque abolis du côté gauche, ainsi que la conductibilité crânio-tympanique, etc. Les membres du côté gauche étaient le siège d'une parésie avec atrophie et diminution de l'excitabilité galvanique; les réflexes rotuliens étaient légèrement exagérés. Il y avait, en outre, des troubles vaso-moteurs du côté gauche (cyanose et taches méningiques au toucher ou à la suite d'une excitation électrique). La sensibilité était diminuée à gauche dans tous ses modes. L'hémianesthésie était limitée à la ligne médiane. Abolition du sens musculaire.

L'innervation volontaire du front, des yeux, des angles de la bouche et des ailes du nez était donc intacte, tandis que l'innervation mimique était paralysée. Nothnagel croit ici à une altération du thalamus optique ou des fibres radiées qui réunissent les couches optiques à l'écorce cérébrale.

A l'occasion de cette observation Benedikt relate le cas d'un

employé qui fut victime, en juin 1890, d'un accident de chemin de fer. Il présenta de l'épuisement cérébral, de la rachialgie, de la paraparésie, une exagération des réflexes, et un rétrécissement du champ visuel pour les couleurs (phénomène qui a fait ranger par Charcot la névrose traumatique dans le cadre de l'hystérie). Tous ces symptômes disparurent peu à peu, sauf les signes de neurasthénie. Actuellement (une année après son accident) ce malade commence à présenter des signes de tabes. Ce fait est très intéressant au point de vue médico-légal.

B. ajoute qu'il ne faut pas ranger tous les accidents nerveux consécutifs à des traumatismes sous la rubrique de névrose traumatique. Il y a plusieurs variétés de névroses réflexes consécutives aux traumatismes. Il a vu une dame qui, à la suite d'une blessure de la main avec un verre, présenta des accidents analogues à ceux qu'on observe à la suite des arthrites : toutes les articulations devinrent raides. L'électrisation de la cicatrice par les courants galvaniques rétablit les mouvements. Un autre cas intéressant concerne une malade qui, à la suite d'une blessure du pouce, accusa des douleurs passagères dans les articulations du bras. Quelques années plus tard cette malade fut atteinte d'une gonalgie qui, après avoir été traitée sans succès, fut guérie par la galvanisation de l'ancienne cicatrice du pouce. Ces affections, ainsi que l'épilepsie et l'hystérie réflexe, ne rentrent pas dans le cadre de la névrose traumatique. Il faut encore en exclure les cas dans lesquels le traumatisme local a été violent. Dans la névrose traumatique le traumatisme n'agit pas par lui-même, mais par le choc nerveux qui l'accompagne.

En ce qui concerne le siège de la lésion (fonctionnelle ou anatomique), dans le cas présenté par Elzholz, on peut exclure avec certitude la moelle épinière et le système nerveux périphérique. Tout plaide dans ce cas en faveur d'une localisation cérébrale de la lésion, et les troubles trophiques eux-mêmes peuvent s'expliquer par cette localisation, car, d'après les recherches de Borgherini et Eisenlohr, il y a dans l'écorce cérébrale des centres trophiques d'où émanent des fibres qui passent à la partie postérieure de la capsule interne avec les fibres sensitives. Il s'agit donc, dans le cas présenté, non pas de *railway spine*, mais de *railway brain* localisé à la partie postérieure de la capsule interne.

Au point de vue pratique il est important de décider s'il s'agit dans ce cas d'une lésion dynamique ou anatomique. Une altération anatomique aiguë du cerveau peut être exclue avec certitude parce que la maladie s'est développée longtemps après l'accident. Parmi les affections chroniques on pourrait croire à une encéphalite

chronique ou à un gliome; mais le tableau clinique ne correspond pas à ces diagnostics. Reste donc l'hypothèse d'un trouble dynamique du cerveau, c'est-à-dire d'une névrose traumatique. Elzholz accepte la théorie de Meynert qui localise l'affection dans la capsule interne, et la rattache à des troubles vaso-moteurs de la choroïde.

Les névralgies et les affections névralgiques, par BENEDIKT
(Wien. medicin. Gesellsch., 1892).

B. distingue trois espèces de névralgies : 1° celles des troncs ou des plexus nerveux ; 2° celles des racines nerveuses, et 3° celles des terminaisons des nerfs.

Dans les névralgies des troncs et des plexus nerveux, il y a non seulement des douleurs pendant l'accès, mais il existe encore en dehors de l'accès des points douloureux sur le trajet du nerf. Dans la plupart des cas, tous les nerfs qui proviennent d'un plexus sont plus ou moins atteints.

Le pronostic des affections idiopathiques des troncs et plexus nerveux est très favorable lorsqu'on applique, dès le début, le traitement spécifique. Parmi les médicaments spécifiques, B. cite en première ligne l'iode et les injections sous-cutanées d'acide phénique. Les préparations salicylées et antipyriniques n'ont un effet curatif que lorsque la durée naturelle de l'affection est courte. Les narcotiques doivent être rejetés parce qu'ils sont aussi trompeurs pour le médecin que pour le malade. Les médications véritablement spécifiques de ces névralgies sont : la galvanisation et les pointes de feu. B. fait suppurer les brûlures pendant huit à dix jours au moyen d'un agent épispastique, et n'a jamais recours à plus d'une cautérisation. Ce traitement est tellement efficace que lorsqu'il échoue, on peut affirmer qu'il existe dans le voisinage du nerf une lésion non encore appréciable, ou une mala die constitutionnelle, et que c'est là la cause de la névralgie.

Les névralgies des racines nerveuses sont caractérisées par des douleurs intermittentes, très intenses, sans points douloureux. Le nerf est douloureux au toucher, mais cette douleur se calme par la pression. Cette variété de douleur se rencontre dans l'ataxie et dans certains tics douloureux. Ces névralgies, au début, sont unilatérales ; elles dénotent souvent une altération des méninges spinales ; dans ce cas, elles ne coïncident pas avec des névralgies des troncs et plexus nerveux, tandis que les névralgies excentriques idiopathiques s'associent souvent à des douleurs périphériques ou bien envahissent les terminaisons nerveuses. Les névralgies excentriques idiopathiques

unilatérales des racines n'ont pas de tendance à suivre une marche ascendante. La galvanisation employée contre ces névralgies ne donne aucun résultat, tandis que la faradisation *loco dolenti* exerce une action calmante, mais non curative. Au contraire, les pointes de feu ont sur ces névralgies une action très favorable. Il faut cautériser au niveau des racines qui contiennent les fibres sensibles de la région atteinte.

Dans les affections névralgiques des terminaisons nerveuses (arthralgies, céphalalgies), la cautérisation exerce aussi une action des plus satisfaisantes. La faradisation et la douche électro-statique sont très efficaces contre la migraine. La plupart des malades ne supportant pas le traitement pendant l'accès, il est préférable de l'instituer dans les intervalles des douleurs; on fait au début trois séances par semaine, puis deux, puis une seule, mais il faut continuer le traitement de neuf mois à un an.

La névrite diabétique et ses rapports avec l'abolition du réflexe rotulien, par M. EICHHORST (*Arch. für pathol. Anat. u. Physiol.*, 1892).

L'abolition du réflexe rotulien est assez fréquente chez les diabétiques. Ce fait clinique est établi, mais on en ignore la cause. L'abolition du réflexe rotulien dans le diabète est-elle due aux troubles généraux de la nutrition, ou bien à certaines lésions des nerfs intéressés dans la production du réflexe en question?

Ayant constaté à l'autopsie d'un diabétique, chez lequel les réflexes rotuliens avaient été abolis, l'intégrité complète du système nerveux central et périphérique, Nonne admet la première hypothèse. La disparition du réflexe rotulien chez les diabétiques serait la conséquence d'influences purement fonctionnelles, de la toxémie.

Mais s'il en est ainsi parfois, il est aussi des cas où l'on se trouve en présence de lésions locales bien définies. Chez deux femmes ayant succombé au coma diabétique à la clinique de E. et chez lesquelles le réflexe rotulien avait fait complètement défaut, on a constaté, à l'autopsie, une polynévrite des membres inférieurs intéressant surtout les deux nerfs cruraux. La moelle était indemne. J. M.

Traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau, par M. ROSE (Medic. Society of London, 1892).

Horsley a émis l'opinion qu'on ne pouvait pas enlever le ganglion de Gasser sans endommager la paroi du sinus; Rose considère

l'opération comme praticable. Horsley a enlevé le ganglion par la voie intra-crânienne; son opéré n'a survécu que sept heures.

Rose a fait cinq fois l'opération suivante, sans perdre aucun de ses malades : Après avoir endormi le malade et rendu aseptiques la peau, la conjonctive et les voies lacrymales, on fait une incision cutanée superficielle qui longe le bord supérieur de l'arcade zygomaticque et descend le long du bord postérieur de la branche ascendante de l'os maxillaire inférieur; on détache le lambeau en ménageant le canal de Sténon et le nerf facial, puis on divise l'arcade zygomaticque à ses deux extrémités, après y avoir pratiqué des trous par où passeront ensuite les sutures d'argent qui fixeront l'os dans sa position normale. On abaisse l'arcade zygomaticque avec le maséter et on excise l'apophyse coronéoïde; on lie l'artère maxillaire interne et on détache l'extrémité interne du muscle ptérygoidien externe. On pénètre ensuite avec précaution jusqu'au trou ovale et on enlève avec la tréphine un petit disque d'os en avant et en dehors du trou ovale. On découvre le ganglion en suivant le nerf maxillaire inférieur et on coupe sa racine centrale, puis on l'enlève aussi complètement que possible au moyen d'une curette mousse; une lampe électrique avec réflecteur est indispensable pour éclairer le fond de la plaie. On coupe le nerf maxillaire supérieur et la branche ophtalmique avec une pince tranchante. On lave la plaie, on suture l'arcade zygomaticque et on ferme l'incision cutanée; il est inutile d'employer le drainage, mais il faut suturer la paupière du côté opéré et protéger l'œil pendant longtemps à cause des troubles trophiques qui surviennent facilement.

L'opération est suivie d'un shock assez considérable et d'une élévation de température. On enlève les sutures palpébrales le quatrième jour et les sutures cutanées au bout d'une semaine.

La première opérée de R. était une femme de 60 ans qui avait souffert de névralgies atroces pendant cinq ans; elle avait déjà subi plusieurs opérations sans succès; le 2 avril 1890 R. excisa le maxillaire supérieur et enleva le ganglion de Gasser; dès lors la névralgie n'a plus reparu, mais l'œil du côté opéré s'est atrophié; dans les opérations subséquentes, R. a réussi à enlever le ganglion sans réséquer le maxillaire. Les quatre autres opérations sont plus récentes, de sorte que le résultat définitif n'est pas encore connu, mais la douleur n'a reparu chez aucune des opérées. Dans le troisième cas, il est survenu une ulcération de la cornée qui a disparu sous l'influence d'un traitement approprié.

La zone d'anesthésie diminue rapidement pendant les jours qui suivent l'opération.

Le centre trophique du globe oculaire paraît être situé dans la

portion antérieure du ganglion de Gasser, et l'expérience montrera s'il est suffisant d'exciser sa partie postérieure.

*Contribution à l'étude des hémiplegies dites dissociées, par PICK
(Prager med. Woch., 1891).*

Les lésions cérébrales peuvent donner lieu à la production de paralysies hémiplegiques, de monoplégies ou même de paralysies limitées à certains filets d'un nerf déterminé.

A ce propos P. publie l'histoire d'un idiot de 6 ans atteint des symptômes suivants : aphasie absolue, parésie partielle et bilatérale du radial, légère parésie du facial droit. Il conclut de ses considérations anatomiques trop longues pour être reproduites ici, à l'existence d'un foyer pathologique dans l'encéphale auquel devraient être rapportés les symptômes observés et consécutif à une encéphalite qui aurait déterminé de l'atrophie et de la sclérose de l'encéphale.

J. D. B.

*Paralysie faciale hystérique, par DESCROIZILLES et PASQUIER
(Bullet. méd., 1891).*

Une petite fille de 9 $\frac{1}{2}$ ans, ayant une mère nerveuse, est sujette à des accès de migraine.

Symptômes d'hystérie : ovarie, perte du réflexe pharyngien, hyperesthésie de la peau, paralysie du facial inférieur droit. Rien au facial supérieur. Pas de troubles de la parole, ni de l'articulation des mots. Déviation de la langue à droite. Il paraît exister un certain degré d'atrophie du côté droit de la face.

Diminution de la force musculaire de la langue au dynamomètre. Pas d'hémiplegie. Température 38°, retour à la température normale, puis brusquement, sept jours après, température de 39°6. Douleurs articulaires, douleurs intenses à la région frontale gauche. Dilatation plus grande de la pupille droite. Pouls 120 à 124. Le lendemain chute de la température, retour à l'état normal. Persistance de l'amélioration.

Quelle est la lésion causale de la paralysie simultanée du facial inférieur et de l'hypoglosse. Ces nerfs ne sont en rapport direct qu'au pied de la circonvolution centrale antérieure. Si la lésion siègeait à la capsule interne, il existerait des troubles de la sensibilité.

Les auteurs rapprochent cette affection de la migraine ophtalmique; ils les attribuent toutes deux à des troubles vaso-moteurs.

J. D. B.

Les localisations proposées suffisent-elles à donner l'explication des troubles de la parole connus jusqu'ici, par SOMMER (*Neur. Centralbl.*, 1891).

S. fait ressortir les difficultés que l'on éprouve à expliquer certains troubles de la parole. Il termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Les schémas proposés ne suffisent pas pour expliquer les troubles de la parole connus.

2° À mesure que la science médicale s'enrichit de cas nouveaux, on voit augmenter le nombre des centres et des trajets nécessaires pour en fournir des explications suffisantes.

3° Il est surtout important dans la publication des cas de les décrire avec soin ; leur explication est secondaire.

4° Au sujet des centres de perception, il existe de telles contradictions qu'on arrive à cette conclusion que dans l'étude des troubles de la parole, il ne faut avoir qu'une confiance très limitée dans les données et les conclusions fournies par l'anatomie et la physiologie.

5° Le principal mérite des schémas inventés pour expliquer les troubles de la parole, c'est de constituer des points de départ pour l'examen des cas.

6° Il est désirable que l'on construise un schéma physiologique de dimensions plus grandes ; il pourrait être utilisé plus utilement que les schémas actuels qui ne s'appliquent qu'aux seuls centres de la parole.

7° Il est désirable que l'on tienne compte dans l'étude des troubles de la parole de l'opinion de Grashey ; il importe de noter la succession et la marche des phénomènes.

8° Il faut pousser à l'emploi, dans l'étude des troubles de la parole, des procédés chronographiques préconisés par la psychophysique.

9° Scientifiquement ce sont deux choses différentes que d'établir le diagnostic topique d'une lésion cérébrale et d'admettre ou de rejeter les théories qui croient expliquer les phénomènes observés.

10° Les opérations cérébrales tentées chez les aliénées, principalement chez les hallucinés ne reposent sur aucune base scientifique sérieuse ; aussi, même en ne tenant pas compte des résultats négatifs obtenus, doivent-elles être abandonnées.

Wernicke s'élève vivement contre les assertions de Sommer. D'après W. il est faux que les schémas deviennent de plus en plus compliqués à mesure qu'augmente le nombre des observations.

J. D. B.

Aphémie récurrente, par STACEY WILSON (*Brit. med. Journ.*, 1891).

Le malade est âgé de 51 ans; à diverses reprises il a perdu puis recouvré la parole. Premier accès en 1885; en même temps un certain degré de cécité verbale; durée onze mois; guérison subite et complète. — Deuxième accès en 1890; prodromes (fièvre et céphalalgie); durée trois semaines; guérison subite consécutive à une violente peur. En août 1890, troisième accès; pas de troubles intellectuels d'aucune espèce. Actuellement refus de parler d'origine hystérique; sous l'influence d'excitants périphériques énergiques le malade recouvrera probablement la parole.

J. D. B.

Des troubles paralytiques fonctionnels de l'articulation des mots, par O. ROSENBACH (*Neur. Centralbl.*, 1891).

R. essaie de réunir dans une même origine pathogénique les diverses formes de paralysie hystérique de l'articulation des mots.

Comme la plupart des symptômes de l'hystérie, ceux qui nous occupent en ce moment sont dus soit à de l'aboulie, soit à de l'hyperkinésie; selon que la première ou la seconde prédominent s'observent des symptômes paralytiques ou convulsifs.

Dans l'aboulie l'idée, l'image cérébrale provoquée par une excitation cérébrale ou périphérique ne se produit pas; une idée associée vient en arrêter la formation (action d'arrêt). Dans l'hyperkinésie l'image cérébrale se produit et donne naissance à un mouvement; mais en même temps que l'image primaire se réveillent des associations secondaires qui pervertissent le mouvement produit. Dans le premier cas tous les phénomènes restent cachés dans le cerveau (apsithyria), dans le deuxième ils se manifestent extérieurement par de la parésie, de la contracture, des convulsions.

Dans le premier cas nous avons à faire à des influences cérébrales (crainte, anxiété), à une affection psychique, justifiable d'un traitement psychique approprié; dans le second il faut considérer, comme cause des phénomènes, certaines influences psychiques et certains troubles de la sensibilité (affections du larynx, du nez, du pharynx), qui disparaissent rapidement pendant que leurs effets persistent. Le traitement est tout indiqué: faire disparaître la cause et soumettre l'appareil vocal du malade à une gymnastique méthodique.

R. propose de réunir sous le nom de troubles paralytiques fonctionnels de l'articulation des mots (*functionelle Lähmung der sprachlichen Lautgebung*) les diverses formes de paralysie de la parole d'origine hystérique.

J. D. B.

Sur un cas de cécité verbale avec agraphie suivi d'autopsie,
par le D^r SÉRIEUX (Soc. de Biologie, 1892).

Il s'agit d'une femme de 73 ans, ayant quelque instruction, sans trace de paralysie, nullement délirante et qui comprenait parfaitement les questions qu'on lui posait. La vision était restée intacte; la malade distinguait bien les objets et les personnes qui l'entouraient; elle ne présentait pas d'hémianopsie, mais elle ne pouvait lire les mots ni les lettres imprimées. De même, bien que la main droite eût conservé tous ses mouvements et pût saisir correctement la plume, elle ne savait plus tracer de lettres déchiffrables.

Quelque temps après son entrée, cette femme se mit à faire spontanément des exercices d'écriture : elle traca d'abord des caractères sans signification, puis elle écrivit les lettres les plus simples, *m, n, u, o*, qu'elle réunissait parfois par groupes de quatre ou de cinq, de façon à former des apparences de mots : *umaa, monou, unauoi*. Il n'existait ni aphasie motrice, ni surdité verbale.

Quelques jours avant la mort, on constata une certaine amélioration dans la faculté de lire : certaines lettres imprimées étaient reconnues, d'autres ne l'étaient pas. La lecture de l'écriture cursive était presque totalement impossible. Invitée à écrire son nom et son adresse, la malade prend la plume, épelle très correctement chaque syllabe du mot qu'elle veut écrire : *Quinca*, etc., *Quincampoix*, et trace des caractères très incorrects, au milieu desquels on peut reconnaître les lettres suivantes : *Madum, Aaddm Ao ms ono*.

L'écriture sous dictée et l'écriture d'après copie sont aussi défectueuses que l'écriture spontanée.

Autopsie : hémorragie ventriculaire toute récente dont le point de départ avait été la capsule interne du côté droit. L'hémisphère gauche ne présente pas d'autre lésion qu'un ancien foyer de ramollissement, de l'étendue d'une pièce de cinq francs, occupant tout le lobule pariétal inférieur. Les deuxième et troisième frontales, le lobule de l'insula, les circonvolutions rolandiques sont intactes. Il n'existe également point de lésions sous-corticales. L'examen microscopique montre qu'il n'existe pas de corps granuleux au niveau du pied de la deuxième frontale.

Ce cas est des plus probants pour la localisation de la cécité verbale, puisque la seule lésion cérébrale à laquelle on pût rattacher l'alexie avait détruit le lobule pariétal inférieur dans son entier. Mais il est surtout instructif au point de vue de la physiologie pathologique des troubles de l'écriture.

On connaît la conception de l'agraphie d'après les travaux d'Exner, de Charcot, de Pitres, de Ballet; il existerait un centre moteur

autonome, situé au niveau du pied de la deuxième frontale, où s'emmagasinent les images motrices graphiques, dont l'ensemble constitue la mémoire « des synergies musculaires très complexes qui président aux mouvements de la main et de l'avant bras dans l'acte d'écrire. »

A côté de cette forme d'agraphie, dans laquelle l'élément moteur graphique joue un rôle prédominant, doivent prendre place l'agraphie consécutive à l'aphasie motrice (Trousseau) et l'*agraphie par lésion sensorielle* à laquelle se rapporte l'observation de S. Le mécanisme de la perte de l'écriture est dans ce dernier cas différent : la faculté d'écrire est lésée ou anéantie, bien qu'on ne puisse faire intervenir aucune altération des régions motrices.

Ces faits doivent être interprétés de la façon suivante : l'écriture étant, avant tout, pour certains auteurs, une copie de l'image optique des lettres et des mots, disparaît avec la perte des images visuelles, verbales et littérales (cécité verbale corticale : Wernicke, Dejerine). L'élément sensoriel est ici au premier plan, et l'agraphie, au lieu de pouvoir être définie comme précédemment une amnésie motrice graphique, n'est pas autre chose qu'une *amnésie visuelle graphique*. On peut donc admettre la possibilité de la perte de l'écriture indépendamment de toute lésion des frontales et consécutivement à la disparition des images optiques verbales.

On a établi une distinction entre l'agraphie motrice par perte de la mémoire motrice (lésion du pied de la deuxième frontale) et l'agraphie par cécité verbale. On la base sur ce que, dans cette dernière forme, le malade ne peut écrire d'après un modèle, bien qu'il puisse encore écrire de tête ou sous la dictée; cette distinction paraît s'accorder difficilement avec l'observation décrite.

J. M.

Un cas de cécité psychique, par RICHET (Soc. de Biologie, 1892).

Un chien qui a subi, il y a quelque temps, l'ablation de la couche corticale des deux hémisphères au niveau du pli courbe et chez lequel on constate une abolition permanente de la représentation mentale des objets, placé dans un appartement, distingue les meubles et se dirige de façon à ne pas les heurter, mais ces objets n'éveillent en lui aucune idée, aucune image; la preuve, c'est que si on place un lapin dans la chambre, ce chien passe à côté de lui sans y faire attention; en un mot, il voit les objets, mais il n'en reconnaît pas la nature, du moins à l'aide de la vue seule, pour cela, il est nécessaire que d'autres sens interviennent, l'olfaction, par exemple; ainsi, si on vient à placer le lapin devant le nez du chien de façon

à exciter son odorat, immédiatement il le happe. On est donc en droit d'admettre que, chez cet animal, si les perceptions visuelles persistent, les représentations mentales que ces perceptions réveillent à l'état normal sont complètement abolies. Cette cécité psychique ne peut s'expliquer qu'en admettant que, chez le chien, le siège des images de la vision mentale est distinct de celui des perceptions visuelles.

Contribution à l'étude de la circulation cérébrale pendant les accès d'épilepsie, par BECHTEREW (*Neurol. Centralbl.*, 1891).

Pour observer les variations de la circulation sanguine dans le cerveau, l'auteur s'est servi soit des renseignements donnés par l'examen direct du cerveau au travers d'une ouverture du trépan fermée par un morceau de verre, soit des indications fournies par la comparaison de la pression du sang dans le bout central et dans le bout périphérique de la carotide interne. Il déterminait l'apparition d'accès épileptiques, soit par l'excitation électrique de l'écorce, soit par l'injection dans la veine crurale d'essence d'absinthe, de cinchonine ou de cinchonidine.

Les expériences de Todorsky démontrent que, au début de l'accès, la quantité de sang qui irrigue l'écorce augmente, l'encéphale se gonfle et vient s'appliquer étroitement contre la paroi. Ce gonflement de la substance cérébrale diminue peu à peu, à mesure que l'accès approche de sa fin; la congestion cérébrale cesse pendant le coma.

La pression sanguine, dans les deux bouts de la carotide, s'élève au début de l'attaque (au moment où l'on excite l'écorce) et revient à l'état normal pour subir un nouveau relèvement au début de la période tonique; aussitôt que commencent les spasmes cloniques, la pression sanguine s'abaisse, tombe de plus en plus pour remonter lentement pendant la période de coma.

En comparant les résultats obtenus, l'auteur conclut que, pendant l'accès épileptique, les capillaires cérébraux se dilatent et que la quantité de sang arrivant au cerveau augmente.

J. D. B.

Recherches expérimentales sur l'anémie et l'hyperémie cérébrale dans leurs rapports avec l'épilepsie, par GUTNIKOW (*Archives de Pflüger*, 1891).

La production des accès d'épilepsie est-elle influencée par l'anémie cérébrale, comme Kussmaul et Tenner l'ont admis? Pour répondre à cette question, l'auteur a institué des expériences sur le

cabiai. On sait que cet animal présente fréquemment des accès d'épilepsie après excision d'une portion du nerf sciatique; les accès sont spontanés ou provoqués; on les fait naître par excitation de la zone dite épileptogène.

D'autre part, d'anciennes expériences, faites par Lalathé au laboratoire de Marey, ont prouvé que la répartition du sang dans les organes est rapidement influencée quand on fixe un animal sur un plateau animé d'un mouvement de rotation continu.

Selon que la tête de l'animal est dirigée vers le centre ou vers la périphérie du plateau, le cerveau s'anémie ou se congestionne.

Partant de ces deux faits, Gutnikow opère de la manière suivante : Une série de quarante-deux cabiais subissent l'opération de l'excision partielle du sciatique; dans ce nombre deux meurent bientôt, six présentent des convulsions d'abord par excitation de la zone épileptogène, puis, sans cause occasionnelle apparente, quatorze ont des attaques légères; enfin, vingt ne présentent pas d'accès véritable, bien qu'il faille admettre qu'il existe chez eux une prédisposition aux attaques.

Ces derniers animaux sont divisés en deux séries égales en nombre; la première série est soumise à la rotation sur l'appareil centrifuge, dans le sens voulu pour provoquer mécaniquement l'anémie du cerveau; la seconde série subit la rotation en sens inverse, de manière à déterminer l'hyperémie. Cette action mécanique est renouvelée chaque jour pendant une à deux minutes seulement. Le résultat obtenu paraît concluant : chez les animaux de la première série (anémie du cerveau), des accès épileptiformes surviennent; pendant les premiers jours, ils n'apparaissent que par excitation de la zone épileptogène, puis ils deviennent spontanés et les animaux périssent finalement dans les accès.

Au contraire, dans la deuxième série (hyperémie du cerveau), aucun symptôme d'épilepsie n'a été observé, et l'excitation de la zone épileptogène ne provoque d'autre réaction que le cri, comme à l'état normal. L'auteur confirme les données de Kussmaul et Tenner : l'anémie cérébrale prédispose à l'accès d'épilepsie; l'hyperémie cérébrale n'a pas le même effet.

De l'épilepsie procursive et de sa signification, par BUTTNER
(*Allg. Ztschr. f. Psych.*, XLVII).

L'auteur décrit deux cas nouveaux.

La perte de la mémoire différencie nettement l'épilepsie procursive des folies impulsives. Le mouvement de course n'est pas une convulsion épileptique coordonnée, mais un équivalent psycho-

épileptique de l'attaque épileptique vraie; c'est un symptôme de la folie épileptique. Il est impossible d'établir une différence anatomo-pathologique ou pronostique entre l'épilepsie procursive et les autres formes de l'épilepsie. Le caractère spécial des mouvements ne constitue qu'une différence fonctionnelle; il n'a pas plus de signification que les mouvements automatiques observés dans des formes plus légères d'épilepsie.

J. D. B.

Epilepsia cursoria seu rotatoria, par KRAMER (*Neurol. Centralbl.*, 1891).

Malade âgé de 26 ans, sans tare héréditaire. Souffre depuis plusieurs années d'accès épileptiques qui débute par un aura et sont suivis de troubles mentaux qui s'exagèrent parfois jusqu'à la folie furieuse; ils s'accompagnent de mouvements de rotation vers la droite autour de l'axe du corps. En même temps convulsions toniques et cloniques, morsure de la langue, etc.; plus rarement procursion, mouvements de manège, mouvements de rotation à gauche. Affaiblissement intellectuel. Décès à la suite de variole.

Autopsie : atrophie cérébrale.

L'auteur ne voit pas dans les manifestations décrites des symptômes de lésions en foyer; il les considère comme des mouvements impulsifs analogues à d'autres phénomènes propres à l'épilepsie.

J. D. B.

Un cas de syphilis du système nerveux central affectant l'aspect de l'ataxie locomotrice, par BRASCH (*Neur. Centralbl.*, 1891).

R. S., 49 ans; ébéniste, dont le père est mort à la suite d'une opération et la mère d'une apoplexie, est marié à une femme bien portante, qui a eu douze enfants et quatre avortements; trois enfants vivent encore, les autres sont morts en bas-âge.

Il a eu un chancre dur en 1870, des symptômes secondaires au pharynx; il a subi un traitement mercuriel. Il s'adonne quelque peu à la boisson.

L'affection dont le malade se plaint daterait de vingt ans, de l'époque donc où l'empoisonnement syphilitique s'est produit; début par de la raideur dans les genoux rendant difficile l'ascension d'un escalier; amélioration considérable après un usage assez prolongé de bains sulfureux. Pas d'autres symptômes jusqu'en 1889; à ce moment raideur et douleurs dans les articulations, dysurie, incontinence d'urine, constipation opiniâtre. Impuissance. Vomissements fréquents. Électrisation et suspension surtout efficaces.

Le malade se présente le 12 mars 1890 à la polyclinique du professeur Mendel; incertitude de la marche, symptôme de Romberg; aux membres inférieurs ataxie et analgésie sans anesthésie, perte du réflexe patellaire, incontinence d'urine. Diagnostic : tabes dorsal.

Refus du malade de continuer le traitement électrique après une première séance. Depuis le 12 mars : faiblesse plus grande; insomnie, le malade ne se réveille qu'aux moments des repas. Pour la première fois, le 29 mars, troubles intellectuels; perte de mémoire; actes désordonnés; sort la nuit de son lit, va réveiller ceux qui logent dans la même maison, allume la lumière dans le magasin, se promène tout nu dans la rue; actes inconsidérés dans les affaires.

État du malade le 3 avril : Troubles de la conscience, le malade ne sait où il est, se trompe dans les calculs les plus simples. Faiblesse de mémoire. Délire la nuit; pas d'hallucinations, somnolence pendant le jour. Troubles de la parole; ataxia syllabaris.

Motilité : Diminution considérable de la force musculaire des bras et des jambes. Tremblement généralisé presque continu. Pas de troubles d'innervation dans le domaine du facial; pas de troubles des mouvements des paupières ni des globes oculaires.

Pupille gauche plus dilatée que la pupille droite. La pupille gauche réagit lentement à la lumière; rigidité de la pupille droite.

Tremblement de la langue. Pas de troubles bien sensibles de la marche; symptômes ataxiques lorsque le malade se retourne. Symptôme de Romberg très accusé. Affaiblissement du sens musculaire dans les membres inférieurs. Ataxie. Sensibilité. Rien à la sensibilité tactile. Analgésie étendue à toute la surface du corps. Pas de troubles de la sensibilité à la température; hyperesthésie pour les sensations froides; elles provoquent la production d'un accès de tremblement généralisé.

Pas de points douloureux; rien à la percussion du crâne.

Organes des sens : Examen très difficile vu l'état psychique du malade; affaiblissement de l'ouïe.

Au point de vue vaso-moteur et trophique : calvitie, chute des cheveux. Relâchement musculaire.

Réflexes : Perte du réflexe patellaire, réflexe crémasterien peu marqué, troubles vésicaux, incontinence d'urine. Impuissance.

Retard dans les selles. Rien aux organes internes. Rien de particulier pour la température générale ou le poulx. Ni sucre, ni albumine dans l'urine.

Diagnostic. Tabes avec paralysie. Mort dans le coma le 14 avril.

L'autopsie ne put être pratiquée que pour les organes nerveux centraux. — La dure-mère spinale était couverte de dépôts blanchâtres sur sa face interne à la hauteur des racines dorsales inférieures. La pie-mère paraît épaissie.

Moelle épinière : assez gorgée de sang, œdème marqué. Différenciation mal établie entre les substances grise et blanche, surtout à la région cervicale. Les racines nerveuses paraissent normales.

Rien à la moelle épinière. Foyers hémorragiques récents à la protubérance. Pas d'oblitération des vaisseaux de la base, épaississement de leurs parois. Rien au cerveau moyen.

Hémisphères gorgés de sang, œdématisés. Rien aux méninges. Aspect extérieur normal des circonvolutions.

Modification de consistance en un endroit limité de la deuxième circonvolution temporale droite ; elle est due à la présence d'une tumeur de la grosseur d'une cerise, sans adhérences avec les tissus voisins.

A la région temporale gauche : foyer de ramollissement de forme ellipsoïdale, du volume d'un œuf d'oie ; il s'étend vers la ligne médiane jusque contre le ventricule latéral sans cependant avoir avec lui de communications ; il a entrepris le noyau caudé, le noyau lenticulaire, la capsule interne et une partie de la couche optique. A la partie inférieure de ce foyer se trouve une tumeur du volume d'un œuf de pigeon à surface lisse, de coloration gris rougeâtre, de consistance dure ; il ne s'en écoule pas de liquide lorsqu'on la sectionne.

Rien aux ventricules.

Examen microscopique : lésions syphilitiques des vaisseaux et de la moelle épinière, moins apparentes aux méninges. Dégénérescence diffuse des filets nerveux de la moelle épinière ; ne semble s'être systématisée qu'à la partie supérieure de la moelle dorsale (grande ressemblance en ces points avec les lésions de l'ataxie locomotrice).

Altérations variables des racines spinales.

Foyers nombreux encéphalomalaciques et hémorragiques au cerveau moyen.

Les tumeurs signalées plus haut sont reconnues au microscope être des gommès.

Dégénérescence des nerfs optiques.

J. D. B.

Les psychoses d'origine influenzzique, par KIRN (*Ztsch. f. Psych.*, 1891).

Le compte-rendu de la communication du prof. Kirn pourra paraître quelque peu tardif ; la reprise de l'épidémie d'influenza en Belgique lui donne un regain de jeunesse et permet d'attirer l'attention sur ce travail consciencieux et intéressant.

Dans aucune affection de nature analogue à celle de l'influenza on n'observe au même degré, ni avec la même intensité des troubles

du système nerveux. Ils sont dans certains cas à ce point prédominants qu'on a pu distinguer une forme nerveuse de l'influenza.

On en observe des symptômes du côté du système nerveux dans toutes les périodes de la grippe. *Dans le stade fébrile* : la céphalalgie avec ou sans vertiges, l'hyperesthésie des organes des sens, les vomissements nerveux. L'insomnie, des douleurs musculaires, des névralgies, surtout du trijumeau et plus particulièrement orbitaire.

Dans le stade post-fébrile d'autres troubles nerveux plus rares sans doute mais plus profonds, persistants, consécutifs à la névrite des nerfs sensoriels et de certains nerfs moteurs. Dans quelques cas rares on a observé des lésions profondes du système nerveux.

Après l'influenza apparaissent divers symptômes qui décèlent une atonie générale du système nerveux; le moindre travail physique ou musculaire fatigue aussitôt le malade.

Dans la plupart des cas tout rentre dans l'ordre au bout de quelque temps; d'autres fois des symptômes d'hystérie et de neurasthénie viennent s'établir sur ce système nerveux affaibli; parfois même le malade est pris de folie.

Ce genre de psychoses n'est pas rare; elles sont plus fréquentes après l'influenza qu'après tout autre affection aiguë.

I. TROUBLES PSYCHIQUES DU STADE FÉBRILE. — a) Ordinairement délire fébrile qui n'est autre pour le psychiatre qu'une psychose transitoire aiguë; en même temps, état d'excitation ou de dépression, illusions, hallucinations, cris. Dans certains cas on a observé des symptômes analogues à ceux de la méningite : douleur de tête intense, délire, coma, mort; à l'autopsie : hyperémie de l'encéphale et de ses enveloppes, rarement lésions d'une méningite confirmée.

b) *Psychoses*. — Elles débutent brusquement dans le stade fébrile, ordinairement au moment où la température atteint son degré le plus élevé, dépassent plus ou moins la période fébrile et se terminent ordinairement en quelques semaines par la guérison. Symptômes; troubles de la conscience, changements d'humeur, en général dépression, parfois accès d'anxiété. Augmentation du pouvoir musculaire, excitation maniaque. Incohérence psychique. Parfois idées de grandeur, délire religieuse, érotique; le plus souvent dépression psychique, idées de ruine, de persécution hypocondriaque. Illusions et hallucinations. Insomnie, rêves. Refus de manger. Souvent au début congestion de la face.

Pronostic : en général favorable. — *Durée* : de quelques jours à quelques semaines. Passe très rarement à l'état chronique. Parfois mort par complication (pneumonie, faiblesse cardiaque).

Il ne faut pas confondre cette psychose influenztique avec un accès de délire alcoolique survenant à l'occasion de l'influenza.

II. TROUBLES PSYCHIQUES DU STADE POST-FÉBRILE. — L'auteur y range tous les cas qui éclatent après que la fièvre a cessé.

Début depuis quelques jours à trois semaines après la cessation de la fièvre. Grande diversité dans le complexus symptomatique.

1. *Psychose aiguë adynamique* (*acutere Erschöpfungstörung*), délire du collapsus de Weber, psychose asthénique de Kräpelin.

Caractères : État d'excitation à début très rapide, avec illusions sensorielles à caractère dépressif. A son plus haut degré l'affection a tous les caractères du délire hallucinatoire aigu. En même temps grande faiblesse corporelle, anémie et rétablissement physique lent.

La terminaison par la guérison est la règle après une durée de trois à six semaines; rarement passage à l'état chronique. Parfois mort par complications du côté de la poitrine ou de l'abdomen.

2. *Mélancolie*. — On observe tous les degrés intermédiaires entre la neurasthénie simple et la mélancolie la mieux accusée.

L'affection prend souvent son origine dans l'insomnie qui tracasse le malade; parfois symptômes hypocondriaques. Tentatives de suicide, stupeur, symptômes cataleptiques avec hallucinations terrifiantes. Délire terrifiant, refus de manger.

Dans toutes les formes de mélancolie post-influenziques on constate l'insomnie, le manque d'appétit, l'affaiblissement de la nutrition. La déchéance physique est telle qu'il semble que le malade relève d'une affection fébrile de longue durée.

Durée six à huit semaines; en général guérison.

3. *Manie*. — Cette forme de folie post-influenzique est la plus rare.

Caractères : en général ceux de la manie simple; rarement on observe des hallucinations ou de la systématisation du délire.

Terminaison en général favorable; rarement passage à l'état chronique.

4. D'autres formes d'aliénation mentale surviennent après l'influenza (folie hystérique, paralytique, paranoïa). Mais l'observation soignée des cas démontre que ces affections existaient avant la maladie prétendument causale et que celle-ci est venu uniquement les aggraver et les rendre plus nettes. Ce sont des véritables psychoses pseudo-influenziques; ce groupe comprend les cas de délire alcoolique aigu que l'on observe dans l'influenza.

De ce qui précède il résulte que l'influenza ne donne pas aux psychoses dont elle provoque l'apparition des caractères nettement définis, du moins en est-il ainsi pour celles qui éclatent dans la période post-fébrile.

La prédisposition joue un grand rôle dans l'éclosion de ces complications, qu'elle soit héréditaire, ou qu'elle résulte des conditions défavorables dans lesquelles l'influenza place le malade.

Le facteur principal dans l'éclosion de ces psychoses post-influenziques c'est l'intoxication par l'influenza; la toxine de l'influenza a une influence très défavorable sur le système nerveux. Les psychoses de l'influenza doivent donc jusqu'à un certain point être considérées comme des psychoses par intoxication.

J. D. B.

Les troubles de l'idéation dans la paranoïa, par ZIEHEN (*Neur. Centralbl.*, 1891).

Comme Westphal, Z. sépare la paranoïa hallucinatoire aiguë de la paranoïa chronique simple et de la paranoïa hallucinatoire chronique. Dans la forme aiguë il existe toujours un délire primaire et presque toujours des hallucinations. Dans les trois formes, mais surtout dans la première s'observent encore d'autres symptômes : de l'accélération, du ralentissement, de l'incohérence et de la dissociation dans la formation des idées.

Ces trois symptômes sont primaires et par conséquent ne résultent ni du délire ni des hallucinations. On les observe tantôt d'une manière intercurrente, tantôt ils dominent tout le cours de la maladie et lui donnent deux aspects divers : 1° Quand il y a accélération dans la succession des idées (*ideenflüchtige Form der Paranoïa*), primaire bien entendu, l'affection se rapproche de la manie et même se confond avec certaines de ses formes (manie hallucinatoire de Mendel); 2° Il y a ralentissement dans la formation des idées, primaire encore (*stuporöse Form*); la maladie se rapproche ou se confond avec certaines formes de mélancolie ou de démence aiguë; 3° Les cas d'incohérence dans les idées, de dissociation, primaire encore une fois (*incohærente Form*) se rapprochent par une série de formes de passage de cette variété de délire hallucinatoire aiguë à laquelle Meynert a donné le nom de *amentia* et que les auteurs allemands appellent d'ordinaire *hallucinatorische Verwirrtheit*. On y observe le pseudophasique, de l'apraxie; le malade n'a plus aucune notion des lieux; il est perdu au milieu de ce qui l'entoure.

Cette troisième forme a pour cause l'état puerpéral, la puberté, le grand âge, l'hérédité; en général elle débute brusquement, a une durée variable, parfois très longue et se termine souvent par la guérison; dans un quart des cas par la mort à la suite d'une maladie intercurrente; rarement par la démence qui du reste survient plus tôt que dans la paranoïa chronique ordinaire.

J. D. B.

De la léthargie; ses rapports avec l'hypnose et la grande hystérie, par LÖWENFELD (Arch. für Psych., 1891).

Dans les cinq observations de l'auteur les malades sont pris de céphalalgie ou de somnolence pendant un temps variable avant de tomber en léthargie (de quelques minutes à plusieurs heures). Dans un cas il y eût, comme prodrome, une attaque hystérique convulsive. Parfois convulsions dans le cours du sommeil. Dans deux cas le sommeil léthargique a succédé directement au sommeil naturel. Il arrive que toute espèce de prodromes fasse défaut; le malade alors tombe à terre, subitement endormi pendant qu'il circule dans la chambre. Même lorsqu'il y a des prodromes le malade s'endort brusquement; jamais il ne s'endort lentement.

Du côté des muscles on observe toute espèce d'états intermédiaires entre la résolution complète et la contracture la plus forte; souvent toutes ces variations se présentent dans un seul et même accès.

La contracture des muscles masticateurs signalée par Gilles de la Tourette est constante. Malgré la contracture des membres, le malade exécute certains mouvements; on observe souvent des convulsions cloniques des muscles des paupières et du cou.

La différenciation des accès léthargiques établie par Briquet et Richet, en accès avec ou sans symptômes spastiques, n'est pas admissible; on voit en effet varier l'état des muscles dans les différentes périodes d'un même accès.

On observe encore des spasmes de la glotte et des arrêts de respiration persistant pendant plusieurs minutes, et des symptômes de catalepsie.

La sensibilité aux excitations cutanées est très variable dans les différentes périodes d'un même accès; il y a persistance de zones cutanées, hyperesthésiées pendant le sommeil léthargique; en y exerçant une pression, on ne provoque pas de convulsions, mais des mouvements défensifs et parfois le réveil du malade.

Au réveil, les cinq malades de L. n'avaient aucun souvenir de ce qui s'était passé pendant le sommeil; cependant certains faits donnent à penser que pendant l'accès le cerveau fonctionne dans une certaine mesure; ainsi, on voit le malade changer de position, repousser la glace qu'on lui met sur la tête, on l'entend pousser des cris de douleur. Deux malades furent pris d'un délire qui persista longtemps.

Pendant le sommeil il y a perte des réflexes cornéens et pituitaires; les réflexes tendineux sont intacts; il y a persistance de l'excitabilité neuro-musculaire.

Dans un cas, diminution de la fréquence de la respiration à 10-13, et du pouls à 45; phénomènes d'asphyxie locale.

Diminution des échanges organiques, par exemple 2,7 % d'urée pour 590 cc. d'urine totale en vingt-quatre heures.

Le malade sort de sa léthargie de la même façon qu'on se réveille d'un sommeil naturel. En général, la conscience revient rapidement.

L'auteur dans un cas a observé entre la période de léthargie et l'état de réveil complet une période intermédiaire d'une durée d'un quart d'heure à une heure pendant laquelle la malade fut absolument en état de démence; les organes des sens avaient repris leur fonctionnement, mais la malade concluait mal des impressions perçues; elle ne reconnaissait pas son entourage, saisisait de travers la cuiller qu'on lui présentait, cherchait à déchirer ses draps.

Durée des accès : de dix minutes à seize heures. Parfois ils se succèdent même en grand nombre, parfois il reste entre eux des intervalles qui peuvent avoir une durée de plusieurs mois.

Hérédité nerveuse dans deux cas sur sept.

Causes occasionnelles : toute espèce d'émotion, fatigue corporelle et psychique.

L'auteur considère cette disposition à la léthargie comme une variété de nervosisme hystérique. — A noter que dans trois cas l'affection se compliquait de mélancolie.

La différence capitale entre le sommeil hypnotique, c'est que dans le premier le malade ne réagit d'aucune façon quel que soient les commandements et les demandes qu'on lui fait. Notons cependant que dans un cas l'auteur a pu réussir à diverses reprises à faire passer la malade de l'état de léthargie à l'état d'hypnose; le passage à l'hypnose s'accusait par le relâchement complet des membres. L'auteur voit dans ce fait un exemple de production d'hypnose par des moyens purement physiques, sans intervention de la suggestion.

La léthargie est toujours d'origine hystérique; il en est ainsi même lorsque le malade ne présente aucun symptôme d'hystérie à l'état de veille.

J. D. B.

Le spasme saltatoire dans ses rapports avec l'hystérie, par
BRISSAUD (*Arch. génér. de méd.*, 1890).

Dans une première observation, la période prémonitoire était remarquable par la violence des douleurs dont souffrait le malade. Consécutivement, sensation de ceinture autour de l'abdomen et de pesanteur dans les jambes et enfin spasme saltatoire. Durée trois ans. Guérison. Contrairement aux deux autres observations faites par B., il n'existait pas dans ce cas des symptômes d'hystérie. Le spasme est plus marqué d'ordinaire à droite qu'à gauche.

B. voit un signe important de diagnostic entre le spasme saltatoire

et l'abasia-astasia dans le fait suivant : dans cette dernière affection tous les troubles de la motilité disparaissent lorsque le malade est couché sur le dos ; dans la première, le malade couché sur le dos est pris de mouvements involontaires, lorsque p. ex. on retire les couvertures, qu'on percute la face interne du tibia ou que la jambe exécute des mouvements actifs ou passifs.

Le spasme saltatoire est ordinairement précédé de convulsions épileptoïdes rythmiques ; localisées au pied au début, elles se généralisent ensuite et deviennent arhythmiques. Le spasme s'exagère par les émotions. Les mouvements de flexion sont difficiles parce qu'il existe un certain degré de contracture musculaire notamment dans des muscles extenseurs.

Dans deux autres cas observés par B. le spasme n'était localisé que dans le membre inférieur droit. On n'observe que rarement de la contracture même passagère dans les muscles fléchisseurs. Très souvent on ne constate pas de rachialgie lombaire mais de la douleur occipitale.

Le spasme saltatoire réflexe est un phénomène hystérique, mais on l'observe aussi dans les affections organiques de la moelle épinière. Charcot l'a noté dans trois cas de tabes. J. D. B.

Astasia-abasia à type choréique. Arrêt instantané de l'astasia-abasia par la pression de certaines régions, par WEILL (Arch. de Neurol., 1892).

Il s'agit d'une jeune fille de 28 ans, hystérique et présentant le syndrome désigné par Charcot sous le nom d'astasia choréique. Les mouvements volontaires des jambes sont possibles aussi longtemps que la malade est assise ou couchée, mais si on la dresse sur ses jambes, ou si on veut la faire marcher, il se produit aussitôt des mouvements choréiformes qui rendent la marche absolument désordonnée et la station impossible, même lorsque la malade est soutenue par deux aides. Il existe des régions frénatrices au niveau des épaules, sur la partie postérieure du tronc et sur les fesses ; la pression au niveau de ces zones suspend les convulsions musculaires et permet à la malade de marcher d'une façon normale, mais les mêmes désordres reparaissent instantanément lorsque la pression cesse. Il est à noter que la malade avait eu précédemment des accès de hoquet hystérique pour lesquels il existait également des zones frénatrices. Pour l'auteur, le centre automatique spinal de la marche présenterait une activité exagérée, laquelle pourrait être diminuée par la pression.

C'est la première observation de ce genre qui est publiée.

R. VERHOOGEN.

Sur l'astasia-abasia, par THYSEN (Arch. de Neurol., 1891).

L'astasia-abasia se caractérise par les symptômes suivants : le malade est incapable de marcher ou de se tenir debout, mais aussitôt couché, il exécute tous les mouvements possible des membres inférieurs, il n'y a pas de diminution de la force musculaire et il n'existe pas de troubles de la coordination.

On a donné à ce syndrome des dénominations diverses : *ataxie par défaut de coordination automatique, ataxie motrice hystérique, statischer Reflexkrampf, paralysie infantile du seul acte de la marche, amnésie partielle spinale, psychisch bedingte Störungen des Stehens und Gehens.*

T. en décrit quatre observations :

I. Jeune fille de 11 ans; depuis trois ans accès épileptiques et troubles de la marche. A la suite d'une atteinte de fièvre typhoïde, la malade devient incapable de se tenir debout, elle vacille et la marche devient absolument impossible (pas de vertiges); après chaque attaque d'épilepsie rétrécissement considérable du champ visuel et amélioration notable de la marche. Guérison spontanée progressive.

II. Jeune fille de 12 ans; hérédité pathologique. En 1887 vertiges, vomissements, céphalalgie, hyperesthésie de la colonne vertébrale; environ un an après, mouvements incoordonnés des membres inférieurs avec convulsions et contractures hystériques; l'incoordination des mouvements n'apparaît que lorsque la malade ferme les yeux; points douloureux d'origine hystérique. Amélioration et finalement guérison par un traitement hydrothérapique et l'isolement.

III. Jeune fille de 19 ans, famille névropathique. Depuis six mois parésie des membres inférieurs, impossibilité de se tenir debout. Depuis un mois convulsions choréiformes à la face et au bras droit. La malade vacille et fait des mouvements contradictoires lorsqu'on la met debout; elle ne parvient ni à se tenir debout ni à avancer.

IV. Malade de 26 ans; souffre depuis quelques temps de douleurs dans la région lombaire; parésie, dysesthésie des membres inférieurs, miction difficile, exagération des réflexes tendineux; lorsque le malade cherche à marcher, il fait des mouvements de danse; peu à peu la station debout devint impossible. Plus tard amélioration progressive et guérison. Avec Brissaud, T. donne à ce cas le nom de *abasia saltatoire rhythmée*.

D'après Blocq et Charcot l'astasia-abasia a toujours un début brusque; elle est consécutive à une émotion, à un traumatisme, à une maladie infectieuse aiguë. Il en est ainsi le plus souvent, mais la maladie peut s'établir progressivement comme l'indiquent trois

des cas observés par T. Elle frappe tous les âges; il faut en voir la cause principale dans des dispositions névropathiques héréditaires.

J. D. B.

De la mort subite dans ses rapports avec l'hérédité névropathique, par CULLERRE (*Ann. médico-psychol.*, 1891).

Jusqu'à présent la mort subite a été généralement envisagée comme étant d'origine cardiaque. Or, les observations réunies par l'auteur dans son travail montrent que cette mort subite est particulièrement fréquente dans les familles où l'on note, soit l'hérédité vésanique, soit la paralysie générale, soit enfin des accidents convulsifs de nature épileptique. Ce fait conduit C. à admettre que la mort subite est, dans certains cas au moins, d'origine cérébrale; qu'elle est alors une manifestation de la tare névropathique, de la dégénérescence.

Sur les vingt cas de mort subite relatés par l'auteur, la moitié environ concerne des sujets très jeunes, chez lesquels on ne peut nier l'origine nerveuse, cérébrale de l'accident. En supposant même que les cas restants dussent être éliminés comme appartenant à une autre variété pathologique, les premiers ne seraient pas moins concluants à eux seuls. Mais, à part l'âge des sujets frappés, aucune distinction absolue ne paraît justifiée entre ces deux groupes, les autres conditions et le milieu morbide étant identiques. Aussi, pour tous ces cas, on peut admettre un même mécanisme de la mort subite. Il s'agirait soit de congestion cérébrale apoplectiforme, soit d'« apoplexie nerveuse. » Comme, de l'aveu des auteurs, la première n'est qu'exceptionnellement cause de mort rapide, c'est la seconde que C. croit devoir incriminer, et il incline à voir dans l'apoplexie nerveuse un accident de nature épileptoïde.

Examen médico-légal d'une femme atteinte de perversion sexuelle, par BIRNBACHER (*Neurol. Centralbl.*, 1891).

Il s'agit de la comtesse Sarolta V..., dont les démêlés judiciaires ont fait le tour de la presse quotidienne. Elle est issue d'une famille dont nombre de membres sont atteints d'affections nerveuses ou cérébrales; son père, très excentrique, l'avait fait élever comme un garçon, lui en avait donné les habitudes et lui avait fait porter de tout temps des vêtements masculins. Se conduisant en jeune homme elle avait dissipé en peu de temps sa fortune, épousé une jeune femme de bonne société et avait réclamé des sommes d'argent consi-

dérables à son beau-père en le trompant sur l'état de sa fortune, sur son sexe et sur sa situation dans le monde. C'est une dégénérée. Les os de la face, les dents, les os du bassin portent des traces de rachitisme. La malade a les parties génitales fort peu volumineuses; elle a toute l'allure et présente tous les caractères psychiques des femmes atteintes de perversion sexuelle. Les D^{rs} Birnbacher et Josch déclarèrent-ils qu'elle n'était pas en possession de son libre arbitre et partant qu'elle était irresponsable.

Meynert qui procéda à une enquête contradictoire arriva aux mêmes conclusions mais en donnant une autre interprétation des symptômes et en critiquant la donnée de perversion sexuelle. Il considère la jouissance, la satisfaction des appétits vénériens comme une conception identique chez tous les individus; l'homme et la femme ne se sentent pas différents par suite d'une conception cérébrale innée.

Les habitudes sexuelles différentes des deux sexes ne sont pas préétablies; elles résultent de l'éducation qu'a reçue chacun des individus, des clichés qui sont restés fixés dans le cerveau, éducation et clichés diamétralement différents suivant le sexe dans notre organisation sociale, déterminées en un mot par la qualité des organes génitaux. Les tendances sexuelles contraires sont le résultat d'une obsession et celle-ci n'est elle même que la conséquence de la persistance des premières impressions sexuelles sur un terrain peu solide, neurasthénique.

Sarolta V... en est une démonstration frappante. Élevée en garçon il était facile de prévoir qu'elle n'aurait d'excitation génitale qu'auprès des femmes. Elle ne comprend pas qu'elle soit en cela différente d'autrui, car elle est dégénérée et par suite faible d'esprit, et douée d'une irritabilité malade. Elle résiste difficilement aux sollicitations internes et externes et la faiblesse de sa raison l'empêche de chercher dans d'autres directions la satisfaction de ses besoins sexuels. Cette faiblesse de raison se révèle encore par l'inanité de ses actes, par l'impossibilité pour Sarolta de les peser normalement en les rattachant à leurs causes et à leurs effets. Aussi est-elle très étonnée qu'on la maintienne en prison; est-elle absolument convaincue qu'elle dit vrai lorsqu'elle traite son beau-père de coquin et croit pouvoir continuer à porter des vêtements masculins sans manquer aucunément à la décence.

De quoi il résulte qu'elle est folle, qu'elle est incapable de peser les conséquences de ses actes et qu'elle n'en peut être tenue responsable.

J. D. B.

Criminalité et responsabilité, par le professeur PELMAN (*Neurol. Centralbl.*, 1891).

Les travaux de Lombroso ont ramené l'attention sur les rapports entre la criminalité et la folie. Quelques soient les idées de cet auteur, il a le grand mérite d'avoir démontré de façon péremptoire le manque de fondement du droit actuel; il a montré qu'il fallait tenir compte non plus du crime mais du criminel. Il considère le crime comme une névrose, le criminel comme un aliéné, le crime comme une manifestation de l'atavisme. Il n'en est point ainsi cependant, car l'idée que l'on se fait du crime varie suivant les lieux et le temps, tandis que l'aliénation mentale est un phénomène naturel invariable par conséquent. Il ne peut donc exister de type criminel ou du moins on ne peut donner à ces termes la signification que l'on donne à l'expression de type national par exemple. Le rapporteur n'entend pas dire par là qu'il n'existe point de stigmates de dégénérescence chez le criminel; il les admet, mais ne pense pas qu'ils suffisent à démontrer que le criminel est un produit de l'atavisme seul.

Quelque opinion que l'on ait sur des travaux de Lombroso, on doit lui reconnaître le mérite d'avoir cherché à faire l'histoire naturelle du criminel. Il a attiré l'attention du monde scientifique sur les stigmates corporels de dégénérescence que l'on rencontre particulièrement chez les criminels d'habitude.

On s'est d'autre part beaucoup occupé de l'absence du sens moral que l'on rencontre chez les criminels; à ce sujet il ne faut pas oublier que le sens moral n'est pas inné mais acquis.

Divers facteurs agissent sur le criminel; des facteurs internes, individuels; des facteurs extérieurs, le temps, le milieu environnant, l'imitation, l'attrait.

On peut partager les criminels en trois groupes :

1° Le premier comprend de véritables aliénés; ils sont atteints d'imbécillité, de paranoïa, d'épilepsie, d'alcoolisme.

2° Le second ceux dont l'aliénation mentale n'est pas démontrable, mais qui sont de véritables dégénérés, déviés du type normal et porteurs de stigmates; on y rencontre l'Uomo delinquente de Lombroso.

3° Ceux qui sont sains d'esprit, mais ont le sens moral déprimé; ces individus sont pervertis par l'éducation qu'ils ont reçue.

C'est à cette troisième catégorie qu'il faut appliquer la loi dans toute sa rigueur.

L'aliénation mentale et l'irresponsabilité ne sont pas la conséquence l'une de l'autre, comme on l'a cru autrefois. Mais au point de vue pratique nous devons admettre l'opinion des juristes qui considèrent

les aliénés comme irresponsables et partant comme soustraits à la rigueur des lois. Ceci s'applique directement au premier groupe.

Il est plus difficile de savoir la façon dont doivent être traités les individus appartenant au deuxième groupe, du moins si l'on s'en tient aux lois actuelles. Il en est tout autrement si, adoptant les idées scientifiques nouvelles, on cesse de considérer la peine infligée par le code pénal comme un châtiment et qu'on l'envisage comme une garantie employée par la société pour éviter la récidive du crime. On peut alors ne pas tenir compte de l'état intellectuel du criminel et qu'il soit aliéné ou sain d'esprit le traiter de la même manière. Seulement dans l'application de la peine il faudra avoir soin de distinguer ; il faudra envoyer le criminel aliéné à l'asile, le criminel à intelligence intacte à la prison.

Le professeur Mendel est absolument d'accord avec P. pour rejeter la notion de la responsabilité partielle. Pour envisager pratiquement les rapports entre la criminalité et la responsabilité, il croit qu'il faut établir les groupes suivants ;

1° On rencontre dans les prisons un grand nombre d'aliénés qui étaient déjà atteints de troubles psychiques au moment où ils ont commis le délit ou le crime pour lequel ils ont été condamnés. Ils sont en prison *per nefas*, la société les traite mal ; ils appartiennent à l'asile d'aliénés.

2° Il est une quantité de criminels que l'on ne peut pas considérer comme aliénés, mais qui diffèrent cependant des individus sains par une série d'anomalies psychiques et physiques. Les peines dont le code pénal frappe ces individus, vont bien au delà du but. Elles amènent leur déchéance psychique et physique.

Il faut ranger dans cette classe une bonne partie des vagabonds.

Le code pénal futur devra permettre au juge de traiter différemment les différents individus.

3° Il existe des individus chez lesquels l'aliénation mentale et la tendance au crime sont à ces points confondues qu'il est impossible de déterminer s'ils étaient originairement, criminels ou aliénés.

Doit-on les placer dans des asiles spéciaux comme en Angleterre ou bien dans des quartiers spéciaux adjoints aux prisons ou aux asiles d'aliénés ? La question a été résolue en faveur de l'établissement de quartiers spéciaux ; la tentative ainsi faite paraît avoir été couronnée de succès (Moabit).

4° Il est un genre de criminalité où l'aliénation mentale n'entre pour rien. Ces sont des produits des conditions sociales actuelles, du genre de punition prescrit par la loi, des nécessités policières, etc.

La craniométrie et ses récents réformateurs, par KOLLMANN
(*Neurol. Centralbl.*, 1891).

L'auteur ne peut admettre les idées de Benedikt et de von Török qui prétendent réduire l'examen du crâne à un problème de géométrie. Le crâne humain n'a pas une forme cristalline, il n'a pas la forme régulière que ces auteurs lui attribuent; il n'a pas été bâti sur un modèle mécanique et mathématique, mais a pris la forme actuelle après de multiples transformations conformément aux lois de la morphologie, de la biologie et de l'embryologie.

Il résulte des recherches de K. qu'il existe en Europe deux types principaux de visage, dont les caractères se transmettent aux descendants comme caractères de race; ce sont le visage long et large (leptoprosopiens) et le visage court et large (chamæprosopiens). On calcule l'indice facial pour chacun de ces types par la formule suivante :

$$\frac{\text{Distance entre les os malaires} \times 100}{\text{Longueur de la face.}}$$

Chez les leptoprosopiens on trouve de hautes cavités orbitaires, un nez long et étroit, la mâchoire supérieure, le palais, la mâchoire inférieure étroits. Chez les chamæprosopiens, des cavités orbitaires peu élevées, un nez court, à narines largement ouvertes, à dos large et aplati, une mâchoire supérieure de faibles dimensions horizontales, le palais large et étendu, les os malaires écartés, les arcades zygomatiques saillantes.

Les peuples d'Europe tels que les allemands, les anglais, les français, les italiens que les anthropologues et les ethnologues ont considéré jusqu'aujourd'hui comme appartenant à des races spéciales et différentes, ne dérivent pas de races spéciales et différentes mais sont constitués par un mélange de plusieurs races. On est arrivé au même résultat dans la grande enquête qui fut faite sur la couleur des yeux, des cheveux et de la peau chez plus de dix millions d'écouliers. Elle a démontré que deux races différentes sont répandues en Europe, la race blonde et la race brune. Elles se sont mélangées de la manière la plus intime et ont constitué ainsi une série de formes intermédiaires.

J. D. B.

Les nouvelles contributions à l'anthropologie criminelle, par le Dr H. KURELLA, de Kreuzburg, rédacteur en chef du *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*.

On a soutenu et on soutient encore que la science n'a pas de frontières. Nous constatons néanmoins qu'elle se laisse encore guider par des sentiments nationaux.

De même que les nations romanes se sont montrées très septiques et ont même refuté bien des découvertes anciennes et modernes d'origine allemande et relatives aux études bactériologiques, et spécialement à celles de Robert Koch, les travaux de Lombroso et de son école sont restés chez les peuples germaniques plus ou moins dans l'ombre. Ni l'Allemagne, ni l'Angleterre, ni la Scandinavie n'ont reçu les travaux avec l'accueil qu'ils méritaient.

Malgré l'opposition essayée contre les tendances de l'anthropologie moderne, le rédacteur du *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie* n'a pas discontinué à mettre ses lecteurs au courant de cette question toute nouvelle et de ses progrès incessants. L'auteur s'en flatte et rappelle à ce sujet les travaux qu'il a déjà publiés en 1888.

Une série de travaux très importants ont paru dans ces derniers temps sur cette matière. Ils sont venus enrichir considérablement les faits et étendre la théorie de la dégénérescence et de l'anthropologie criminelle. Le Dr Kurella appelle tout d'abord l'attention sur le travail du Dr Laurent que le Dr Jul. Morel a bien voulu analyser pour sa revue internationale : *Les habitués des prisons de Paris. — Étude d'anthropologie et de psychologie criminelle*.

Le criminel voit ses fils déchoir comme lui, aller comme lui s'asseoir sur les bancs de la police correctionnelle ou des assises, et comme lui enfin échouer en prison. L'auteur s'élève contre cette fatalité de l'hérédité et prétend qu'on exagère singulièrement l'influence de cette dernière. Il est vrai qu'on rencontre beaucoup d'affections nerveuses et d'alcoolisme chez les détenus, mais la tare héréditaire est beaucoup plus fréquente dans la folie. Ces aliénés offrent un nombre plus considérable de candidats au crime que les criminels. Une statistique à faire sur cet objet offrirait un côté très instructif, mais l'auteur fait observer, avec raison, qu'un travail pareil est hérissé de difficultés, parce que les dégénérés et les aliénés sont ceux qui ont les domiciles les moins stables. Cet inconvénient rend l'enquête impossible.

Il est néanmoins incontestable que l'alcoolisme joue un rôle prépondérant dans la criminalité et nous pourrions dire que les prisons sont peuplées de fils d'alcooliques, que c'est l'alcool qui pousse le plus souvent le coupable, qui annihile sa volonté non seulement chez le buveur mais encore chez sa descendance.

Après l'alcool et l'aliénation mentale ce sont les névroses et la tuberculose qui fournissent le plus grand contingent pour la criminalité.

Laurent divise les criminels en criminels par accident et en criminels d'occasion. C'est parmi les premiers qu'on rencontre la

population flottante des prisons; beaucoup de ceux-ci se relèvent et ne retombent plus. Chez les autres, l'habitude est une disposition acquise à reproduire certains actes déjà exécutés une première fois. Beaucoup de ces individus sont des fous moraux et des soi-disant criminels-nés, en un mot des héréditaires dont la tare ne se produit très souvent qu'au moment de la puberté, après une maladie grave, une chute sur la tête, etc.

En exceptant des vagabonds et des mendiants, les infirmes pour cause de cécité, de paralysie, de convulsions ou d'incapacité matérielle au travail, ceux qui, à la suite d'une première faute, se sont vu fermer la porte de tous les ateliers et n'ont pu retrouver du travail, la plupart des autres sont des faibles, des mal armés, des gens sans ambition ou des dégénérés qu'on ne peut appeler des criminels et qui ne pourraient être mélangés dans les prisons avec les criminels d'habitude.

Gladstone a dit : L'alcool fait de nos jours plus de victimes que les trois fléaux historiques : la famine, la peste et la guerre. C'est ce que l'auteur confirme. Les médecins-aliénistes à leur tour en connaissent la valeur. Examinant par ordre de fréquence les dégénérés les plus nombreux dans les prisons, L. mentionne d'abord les *débiles* qui sont des déshérités de l'intelligence et du jugement, aux idées étroites, à mémoire mécanique, à volonté défaillante, sans initiative, obéissant passivement aux suggestions d'autrui, puis les *dégénérés supérieurs* caractérisés par le défaut d'équilibre et l'absence de pondération. Ils sont intelligents mais d'une activité intellectuelle inégale. Ils sont susceptibles d'idées généreuses et de hautes conceptions, mais incapables d'efforts soutenus, de mettre leurs belles théories en pratique. Ils évitent généralement la prison, mais leurs excentricités les mènent plutôt à un asile d'aliénés. L. mentionne enfin les *imbéciles* dont l'instinctivité et l'impulsivité résument la majeure partie de leurs opérations cérébrales.

L'auteur a rencontré dans les prisons de Paris beaucoup d'individus portant des stigmates de la *dégénérescence physique* (gens qui louchent, qui bégayaient, qui tremblent; crânes pointus ou aplatis; nez écrasés, mâchoires allongées, oreilles difformes, etc.) mais jamais il n'a rencontré des signes constants pathognomoniques. Parmi les *dégénérescences physiologiques*, il mentionne des troubles de la motilité, des anomalies fonctionnelles (strabisme, incontinence d'urine, retard dans la marche et la parole, etc.); il est rare qu'un dégénéré ne présente qu'un seul stigmate. L'étude des *épileptiques* offre une grande difficulté. Certains épileptiques cachent leur mal, d'autres n'ont que des accès nocturnes. C'est parmi ces malades que l'auteur a constaté les vols périodiques, les attentats à la pudeur,

des crimes inconscients, etc. Beaucoup de ces épileptiques ne sont que des dégénérés et conséquemment des fous moraux.

Aux épileptiques il faut joindre les hystériques; ils sont les auteurs des désordres dans les prisons.

A propos des *aliénés* dans les prisons, L. dit avec raison : « Combien de débilés et d'alcooliques passent leur vie en prison, faute d'un examen médico-légal. Combien d'autres, beaucoup plus heureux, ne rencontre-t-on pas dans les asiles d'aliénés! »

L. résume comme suit l'étude morphologique et physiologique criminel :

1° Le crâne est remarquable par un développement horizontal généralement au-dessus de la moyenne;

2° Les types sous-brachycéphale, brachycéphale et mésaticéphale l'emportent de beaucoup sur le type dolichéphale;

3° La proportion des asymétries est en moyenne de 63 %. Elle atteint à son maximum, 70,3 %, chez les attentats à la pudeur et pour les viols, à son minimum, 60 % chez les attentats contre la vie.

4° Les déformations suivant la courbe verticale transverse sont les plus fréquentes chez les voleurs; chez eux et chez les attentats à la pudeur, on rencontre un certain nombre de crânes carénés;

5° Les déformations suivant la courbe médiane antéro-postérieure sont communes dans tous les groupes; elles répondent surtout à un aplatissement de la région bregmatique et de la région pariétale postérieure.

D'après L. la moyenne de l'indice céphalique des détenus est inférieure à celle indiquée par Broca comme la moyenne normale. Les criminels seraient donc, sinon des microcéphales, au moins des submicrocéphales;

6° La conclusion de Lombroso que chez ces criminels l'hémisphère droit est plus lourd est une erreur. Ce fait est parfaitement normal. Les assertions de Lombroso sur le poids du cervelet, de la protubérance et des pédoncules sont fausses, parce que, d'après Topinard, il n'a pas tenu compte de l'âge du sujet. Il en résulte que l'encéphale des criminels ne présente rien de caractéristique.

Après avoir esquissé la *physionomie des criminels*, et spécialement de l'assassin, L. conclut à la non-existence du type pour chaque espèce de criminel et il ajoute, avec raison; comment dans l'affirmative, expliquerait-on que la plupart des criminels commencent par le vol et finissent par l'assassinat?

L'auteur insiste néanmoins sur une analogie remarquable entre les deux sexes chez les criminels : les hommes, tout en étant très souvent essentiellement viriles et bien musclés, seraient infantiles et féminisés; les autres, au contraire, seraient masculinisés. — Il rap-

porte également des faits au sujet de leur analgésie morale qui dépendrait de leur insensibilité physique; ces faits ne seraient que des exceptions. L'analgésie n'existerait que chez les névropathes et les aliénés. Les autres détenus seraient plutôt lâches et pusillanimes dans la douleur. Quant à leur disvulnérabilité, elle n'est pas plus acceptable que leur analgésie. L. confirme ainsi, presque en tous points, les propositions de Manouvrier au Congrès anthropologique de 1899 sur la non-existence du type criminel.

L'ampleur et la richesse des formes *génitales* est au-dessous de la moyenne, sauf pour les souteneurs de profession. Les criminels préfèrent généralement l'alcool à la femme, et si le sens génital est exalté, ils n'ont néanmoins pour la femme aucun attachement; ils ne voient en elle que la femelle. — Quant aux viols, surtout sur les vieilles femmes et les enfants, ils sont le plus souvent l'œuvre de fous ou de brutes. En prison, ces individus s'onanisent ou deviennent pédérastes.

Beaucoup de criminels ont l'*intelligence* obnubilée; plusieurs n'ont jamais pu s'instruire. D'ailleurs une intelligence plus éveillée ne prouve pas toujours en faveur des détenus. L. revient ici sur les facultés intellectuelles des cerveaux faibles. Nous n'avons à faire ressortir ici que l'état émoussé de leur sensibilité affective, car il y en a qui tuent un homme comme ils boivent un verre de vin. Ils sont le *jouet de leurs passions*; ils sont colériques, vindicatifs, jaloux, cruels, menteurs, instables, haïssant aujourd'hui ce qu'ils aimaient hier. La paresse les entraîne à l'ivrognerie, à la luxure, à la débauche. Ils se vantent de leur crime avec une vanité ridicule, mais ils redoutent en général la souffrance, l'échafaud; ils supportent même lâchement les injures et les affronts. Leur volonté manque également d'énergie. Souvent on constate chez les criminels un manque de puissance, de coordination et d'arrêt et s'ils conservent une certaine puissance sur eux-mêmes ils ne savent se diriger convenablement, ils ne possèdent pas l'effort intellectuel.

Leurs remords sont peu prononcés. Ils comprennent comme criminels, qu'ils sont en lutte avec les lois de la société, mais ils ne sont pas en lutte avec leur conscience; ils sont les esclaves de leurs passions et malgré tout ils se croient honnêtes gens. Leurs sentiments religieux laissent généralement à désirer quoique l'on constate souvent qu'ils abandonnent leur scepticisme aux derniers moments de la vie.

Quant à l'écriture des criminels, ici de nouveau l'auteur n'est pas de l'avis de Lombroso qui prétend distinguer l'écriture des homicides de celle des voleurs!

L'absence du sens moral est une des causes de leur inaptitude à

la littérature; ils préfèrent les romans à sensation, à grosses intrigues; ils aiment les livres orduriers et les journaux. L'amour pour eux, c'est l'ordure, l'obscénité. La femme! ils en vivent, l'exploitent, la méprisent. Généralement le sens esthétique leur fait défaut. Toutefois on rencontre chez eux l'amour et le respect de leur mère. Il est rare qu'ils fassent sentir une idée élevée, qu'ils témoignent le sentiment du beau soit dans leurs écrits, ou dans leurs conversations.

Tels sont, rapidement passés en revue, les traits essentiels de l'œuvre d'un excellent observateur. Laurent termine son travail en esquissant la manière d'être des différents délinquants dans la société, les suicides qu'on rencontre chez eux, la simulation dans les prisons, les différents espèces de crimes et leurs motifs, l'influence de l'éducation, de l'entourage, de l'instruction, des moyens de correction et de punition. Il a enrichi la littérature française d'un travail précieux. L'Italie possède actuellement une œuvre analogue dans le travail du Dr Marro : *I caratteri dei delinquenti*. Il serait désirable de voir surgir dans d'autres pays encore des études anthropo-sociologiques de la même valeur.

Laurent est un des représentants les plus considérés, parmi les médecins légistes et les juristes, partisans des théories de Lombroso, qui veut voir dans le type du criminel un complexe de caractères acquis, un type professionnel.

A ce travail on peut joindre ceux de Dortel et de Francotte, de Liège, qui tout en leur reconnaissant une allure spiritualiste, présentent une très grande valeur. Ces deux œuvres possèdent un caractère scientifique incontestable. Elles datent également de 1891.

Francotte, dans la première moitié de son livre, *L'Anthropologie criminelle*, présente d'une manière systématique et très bien coordonnée un ensemble de tous les matériaux qui servent de base à l'étude de l'anthropologie criminelle. On peut même avouer que, sous ce rapport, son travail est supérieur à la grande œuvre de Lombroso. Il est accompagné d'indications bibliographiques exactes, empruntées à la littérature danoise, néerlandaise, polonaise, russe et espagnole. Plusieurs travaux allemands y trouvent également leur place de manière à constituer un excellent ouvrage pour l'étude la plus complète des stigmates physiques de la dégénérescence.

Plus d'un tiers de l'ouvrage est consacré à la critique. On rencontre un exposé consciencieux de toutes les objections qui ont été émises contre la théorie atavique et pathologique (épileptique!) de la nature du délinquant. Toutefois la partie critique de ce travail pèche en ce que sa division n'est pas complètement systématique et

ne mentionne pas les objections qu'on rencontre dans les travaux de Gautier, Roux, Joly, même les constatations des théologiens Crozes, Moreau et des journalistes frivoles Fouquier et Bataille. Au cinquième chapitre de sa première partie il refute l'existence du type criminel à l'aide d'arguments empruntés aux auteurs modernes. Il accepte cet argument bien connu « que les récidivistes incorrigibles sont ce qu'ils sont devenus par l'habitude. Mais qu'étaient-ils en commettant le crime dont l'exécution a créé la disposition habituelle au crime? Cette première série de disposition au crime ne peut s'expliquer par l'habitude à l'aide d'un cercle vicieux. Après avoir dénié toute conscience au criminel il dit que c'est la conscience qu'il faut guérir; c'est à la conscience qu'il faut s'adresser, et nul ne le fera avec plus d'autorité que l'aumônier dans les prisons. *Duobus certantibus tertius gaudet!* Tandis que les juristes et les médecins essayent de résoudre à qui appartient le criminel d'habitude incorrigible, l'aumônier essaie de s'emparer de l'âme du criminel et s'adresse à sa conscience, tout à fait absente.

Les quelques contradictions dans l'œuvre de Francotte, n'enlèvent rien de la valeur d'un travail complet exposant toutes les opinions relatives à l'étude du criminel et spécialement de la théorie du criminel-né.

Le travail de Dortel (*L'Anthropologie criminelle et la responsabilité médico-légale*) ne présente pas une si grande valeur littéraire; il est plus objectif que celui de Francotte. Des différents signes anthropologiques des criminels que Dortel décrit avec les caractères psychiques, il n'en veut en accepter aucun comme étant caractéristique et constant. Il critique très vivement l'identité de la criminalité avec la folie morale et l'épilepsie telle que l'École italienne nous l'enseigne. Le temps sacrifié à la comparaison de l'*uomo delinquente* avec le fou moral est un temps perdu, dit Dortel : Il s'agit d'une seule et même catégorie de sujets. Ces sujets sont caractérisés par différents traits; les uns les appellent des criminels, les autres des fous. Ce n'est pas prouver que le crime est la folie morale que de remarquer qu'ils se ressemblent. Il serait difficile qu'il en fut autrement; ce sont les mêmes désignés de façon différente. Ce qui importerait, ce serait de savoir, si l'on doit considérer l'habitude des crimes, le goût en quelque sorte maladif que certains êtres ont dès l'enfance pour le mal, comme une perversion fatale de l'intelligence, un délire dont le sens moral fait tous les frais. »

Dortel, qui s'est pénétré spécialement de la théorie de la dégénérescence de Magnan, arrive aux conclusions suivantes :

1° Le criminel-né, tel que l'a conçu et décrit Lombroso, n'existe pas; aucun caractère anthropologique nettement défini n'a pu lui être reconnu.

2° Des anomalies par lesquelles il a cru pouvoir le distinguer, il n'en est aucun de premier ordre qui soit congénital, comme l'exigerait la théorie; elles sont le plus souvent imputables à des processus pathologiques banals.

3° Les caractères psychiques, loin de préexister à la criminalité, sont au contraire dans la plupart des cas la conséquence de la vie de prison ou de la pratique du crime.

4° Le criminel n'est ni un fou moral, ni un épileptique à impulsions actives.

Dortel se range conséquemment du côté de ceux qui considèrent le type du criminel comme acquis en raison de la vie criminelle qu'il a mené et de ses conséquences sociales. Mais cette opinion s'est faite *a priori*. Pour la démontrer il aurait fallu comparer un grand nombre de condamnés pour la première fois avec un nombre égal de condamnés à plusieurs reprises pour le même crime, ce qui jusqu'ici n'a pas eu lieu. Le matériel nécessaire pour obtenir cette comparaison est devenu si abondant que la thèse favorite en France de la nature sociale des conditions du criminel peut être entreprise à chaque instant.

D'ailleurs, la haute considération du milieu, de l'entourage physique et social et des conditions de l'existence, est une chose qui domine toute la vie intellectuelle de la France depuis plus de 60 ans et qui se laisse démontrer depuis Lamarck et Mérimée jusqu'à Zola, Tarde et Taine dans toutes les parties de la littérature et de la science françaises. Ce fait de psychologie populaire démontre que l'étude de l'influence du milieu peut être opposée *a priori* à l'examen du criminel. Le véritable explorateur ne connaît pas les jugements *a priori*.

Les travaux français que nous venons de caractériser ont donné lieu à une série d'autres œuvres qui traitent spécialement, à côté de l'anthropologie, de la sociologie du crime et du criminel. Il faut citer ici avant tout la *Philosophie pénale* de Tarde (1891) qui traite particulièrement la statistique criminelle comparée; un chapitre spécial étudie, d'une manière approfondie, la statistique criminelle des délinquants italiens; il a été préparé par M. Bodio, directeur du Bureau de Statistique italienne et est intitulé : *Communication sur l'organisation de la statistique pénale en Italie*. Il nous apprend un nouvel accroissement du crime et du délit dans ce dernier pays et le total fait connaître qu'on y compte six fois plus d'assassinats qu'en Allemagne.

Un autre travail de Tarde : *Criminalité comparée*, a été étudié par l'auteur en 1888 (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, n° 19). En 1891, il en a fait paraître une nouvelle édition. Il y dit entre

autres que « le type criminel n'est qu'un type professionnel d'une espèce singulière et singulièrement ancienne. »

Corre, dans son livre : *Crime et Suicide* (1891) apporte de nombreux faits à l'appui de l'étude des facteurs de la criminalité. Ce livre n'est pas une simple compilation comme son travail précédent : « *Les Criminels*, » qu'il a publié en 1886.

Parmi les plus récents auteurs sur la crimino-sociologie on ne peut citer que S. Sighele qui a fait un travail très original publié partiellement dans les archives de Lombroso et commenté dans le *Centralblatt für Nervenheilkunde* (1891). Sa description des mouvements criminels qui développent des attroupements *La folla delinquente* est très intéressante par ses données psychologiques. Sighele démontre spécialement qu'il existe dans les groupes humains une espèce de psyché collectif formé, par des influences suggestives, avec des individus tout nouveaux qui progressivement se sont fait connaître et ont réussi à faire accepter leurs idées originales.

Sighele démontre l'accroissement de la suggestibilité dans les réunions d'hommes; il touche ici un point auquel Lombroso n'a pas prêté une attention suffisante dans ses analyses crimino-psychologiques.

Pour juger de la haute importance de la suggestibilité et à la fois des dispositions criminelles de l'imbécile, on n'a qu'à jeter un coup d'œil dans l'excellent livre de Sollier : *La psychologie de l'idiot et de l'imbécile* (1890) qui a reçu immédiatement les honneurs d'une traduction allemande par le Dr Paul Brie. Nous n'hésitons pas à reconnaître que parmi les différents travaux que nous avons mentionnés nous considérons ce dernier comme le plus important pour l'étude du psyché des criminels. Aussi recommandons-nous à cette occasion la lecture de la préface que le professeur Pelman a bien voulu faire pour la traduction allemande; nous partageons son opinion quand il déclare : « Lorsque nous parcourons ces ouvrages aussi nombreux que volumineux qui ont été publiés d'après les principes de Lombroso sur le criminel et ses particularités, nous ne pouvons nous défendre de l'impression que les propriétés que Sollier a données de l'imbécile se retrouvent complètement chez le type criminel. — Les résultats qui en découlent ne peuvent qu'augmenter le nombre des adhérents à l'école anthropologique; nous pouvons les mettre à l'actif de ce livre. »

Mentionnons enfin, comme une acquisition de grande valeur pour la psychologie du criminel, le volumineux travail de Lombroso : *Der politische Verbrecher und die Revolution* (1892) traduit de l'italien par l'auteur de cet article. Il renferme de nombreuses biographies de criminels et de révolutionnaires et à la fois des ana-

lyses savantes des théories sociologiques de la genèse de la criminalité et des troubles politiques. Lombroso s'y montre dans toute la force de son génie. J. M.

La folie transitoire de nature neurasthénique, par le professeur VON KRAFFT-EBING (*Wien. klin. Wochenschrift*, 1891).

L'auteur passe en revue les conditions prédisposantes de la folie transitoire : tare héréditaire et constitution névropathique (équilibre constitutionnel instable des centres vaso-moteurs, excitabilité anormale des cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale), infirmité acquise de l'organe central par traumatisme de la tête, affections centrales (alcoolisme chronique, syphilis cérébrale et autres affections locales du cerveau), psychoses primordiales, par exemple, la démence paralytique et les névroses centrales (hystérie, épilepsie, etc.).

La clinique aujourd'hui enregistre des cas de folie transitoire de nature neurasthénique. Son diagnostic offre quelque difficulté parce qu'on peut la confondre avec la folie transitoire de nature épileptique. De là une difficulté au point de vue du pronostic et du traitement. Le diagnostic doit s'établir par l'étude simultanée des accès, des intervalles lucides et de l'étiologie de l'affection.

L'auteur relate quatre observations très instructives qui se rangent sous cette rubrique et qui confirment l'existence de cette forme morbide sur laquelle il a d'ailleurs l'attention depuis 1883.

Hypermnésie partielle : un cas d'hypermnésie des chiffres, par M. BAUDOUIN (*Sem. médic.*, 1892).

Tout porte à croire que, chez l'homme, l'inégalité des diverses espèces de mémoires — on ne discute plus aujourd'hui l'existence des *mémoires localisées* — est bien la règle et nullement l'exception. Cela résulte probablement, soit d'un inégal développement de l'un ou l'autre des organes des sens, soit plutôt d'un état non identique des différents centres cellulaires cérébraux préposés à la réception, à l'emménagement des impressions reçues.

Rien d'étonnant, dès lors, à ce que la *mémoire des chiffres*, grâce à une conformation spéciale de certaines parties du système nerveux central, puisse atteindre un degré véritablement extraordinaire, tandis que celle des personnes ou des lieux, celle des mots ou des langues, par exemple, reste à l'état normal ou même au-dessous du taux, d'ailleurs fort variable, dont dispose le commun des mortels.

Rien d'étonnant encore à ce qu'une sorte de mémoire l'emportant notablement sur les autres, en raison de dispositions anatomiques congénitales, son développement progressif, sous l'influence d'un entraînement bien compris, puisse gêner — fait connu sous le nom d'antagonisme des mémoires — le perfectionnement des autres.

Telle est le cas de Jacques Inaudi, le calculateur qui a été présenté à l'Académie des sciences et qui fait en ce moment courir tout Paris au Concert-Parisien; tel est le cas, en général, de tous les enfants prodiges du même genre. Et ces sujets, qui jouissent en même temps d'une invraisemblable facilité pour manier cérébralement les chiffres, pour jongler véritablement avec les nombres et exécuter les opérations arithmétiques les plus diverses, valent certes la peine d'un examen approfondi; mais il faut bien savoir que cette aptitude étonnante à travailler, en se jouant avec les chiffres, que cette aptitude, qui se développe certainement avec l'exercice comme le prouve l'observation d'Inaudi, n'est probablement, chez ces « artistes du nombre, » qu'une conséquence de cette mémoire si particulière, de l'hypermnésie partielle, colossale en tant que hypermnésie localisée.

Ces courtes données théoriques étaient nécessaires à rappeler pour la plus facile compréhension des détails et des remarques qui vont suivre. Cela dit, nous avons hâte d'en arriver à l'histoire de Jacques Inaudi et nous allons brièvement en faire le récit. Aussi bien le *curriculum vitæ* de tous les calculateurs prodiges se ressemble-t-il fort : on pourrait presque, chose bizarre, superposer leurs vies. Ce qui montre, comme nous le faisait remarquer M. le professeur Charcot, dont nous avons tenu à recueillir l'opinion avant d'examiner Inaudi, que le moment sera bientôt venu où l'on pourra écrire l'histoire naturelle de ces personnalités si curieuses.

Jacques Inaudi est né le 15 octobre 1867 à Onorato, province de Roquebrune, en Piémont. Il a donc aujourd'hui vingt-quatre ans.

Au pays natal, comme H. Mondeux, autre calculateur célèbre dont nous parlerons bientôt, il commença par garder les troupeaux. Mais le petit pâtre piémontais ne tarda pas à abandonner ses champs pour la vie vagabonde : il suivit bientôt ses parents dans leurs courses à travers ce petit monde qu'on appelle la Provence.

Depuis le jour où il quitta ses pénates jusqu'à celui où il vint, pour la première fois, à Paris, il vécut ainsi dans le midi de la France. Accompagnant son père qui jouait de l'orgue dans les rues, l'enfant n'avait, jusque là, réussi à apprendre que la façon d'apitoyer les passants : il avait pour rôle exclusif de faire la collecte, pendant que le papa tournait la manivelle et, par malheur, la recette n'était point souvent fructueuse. Bientôt une marmotte sur le bras, il parcourait

le Languedoc, allant de ville en ville et, pour gagner péniblement son pain, faisait valoir, du mieux qu'il pouvait, les talents variés de la paisible bête dont vivaient jadis tant de Savoisians. Un beau jour, Inaudi s'en vint à Marseille trouver son frère aîné qui était garçon de café. Celui-ci le prit avec lui et remarqua avec quel attrait et quelle rage il s'exerçait à calculer. Les oisifs du café, mis au courant par le frère, ayant appris que l'enfant pouvait faire de tête des calculs compliqués, se divertirent fort à lui poser des questions, qu'il résolvait sans effort apparent. D'ailleurs, paraît-il, il offrait parfois ses services aux pauvres gens en peine, arrêtés par une multiplication malaisée. Il avait commencé, dès l'âge de six ans, à faire des additions de douze chiffres, des soustractions de dix, des multiplications de trois chiffres par trois chiffres.

Les habitués qui fréquentaient l'établissement où Inaudi avait reçu l'hospitalité s'intéressèrent à l'enfant, le firent calculer sans trêve et bientôt il apprit à mener à bien de grandes multiplications, à extraire des racines carrées, des racines cubiques, etc. Aussi bien notre petit bonhomme y trouvait-il et plaisir et profit : ses auditeurs, émerveillés, lui donnaient chaque fois, sans lésiner, une récompense qui lui semblait un trésor.

Enfin vint le jour où un commerçant, né malin, se rendit au café où Inaudi calculait sans cesse, sans pourtant faire fortune, et assista à l'une de ses représentations en petit comité. Il flaira une affaire, fit part au grand frère de ses espérances, de la richesse de la mine qui restait improductive et obtint l'autorisation d'emmener l'enfant avec lui à Paris. On était en 1880.

Ce négociant — c'était M. Dombey — se transforma en impresario, lança Inaudi et lui enseigna le moyen de gagner sa vie et celle de son... barnum. Depuis cette époque, le calculateur piémontais constitue ce qu'en argot de théâtre on appelle un « numéro, » absolument au même titre que le pygopage Rosa-Josepha.

Au commencement de 1880, au moment même de son arrivée dans la capitale, c'est-à-dire à l'âge de douze ans et demi, il fut soumis à l'examen de P. Broca, qui à la séance du 4 mars de la Société d'Anthropologie ⁽¹⁾, le présentait en fournissant quelques renseignements ⁽²⁾ sur ses débuts et les calculs difficiles que, dès

(1) P. BROCA, *Sur un enfant illettré, nommé Jacques Arnodi, doué de la faculté de faire des calculs très compliqués*; in *Bull. de la Soc. d'Anthropol. de Paris*, 1880, t. III, 3^e série, p. 244.

(2) D'après notre enquête personnelle, quelques-uns de ces renseignements seraient inexacts et P. Broca aurait été induit en erreur. Rien

cette époque, il pouvait déjà faire. Il est intéressant de reproduire ici les termes mêmes de la communication de notre grand anthropologiste : c'est là un document d'une réelle importance, qui aidera singulièrement celui qui, un jour, voudra écrire l'histoire de ces cerveaux prodiges.

« Arnodi (lire : Inaudi), dit Broca⁽¹⁾, est un enfant maigre assez chétif, très petit pour son âge; le tronc et les membres sont bien conformés et ne présentent aucun signe de rachitisme. La tête est très volumineuse, eu égard à la taille; elle est, en outre, très irrégulière. Une dépression longitudinale sur la ligne médiane du front indique que la suture métopique est persistante. Le front est très bombé; les deux bosses frontales sont toutes deux très saillantes, mais la droite l'est beaucoup plus que la gauche. Les bosses pariétales sont aussi très prononcées, surtout la gauche, de sorte qu'il existe un certain degré de plagiocéphalie. Cette conformation ne peut être attribuée à l'hydrocéphalie et paraît due à l'hypertrophie cérébrale. L'enfant est très intelligent; son regard est vif, sa physiologie animée. Il n'a aucune timidité. *Il ne sait ni lire ni écrire. Il a les chiffres dans la tête, mais il ne les écrit pas.* »

P. Broca continue son récit en racontant à quels calculs Inaudi se livre à l'aide de sa seule mémoire; il indique le temps employé pour les diverses opérations proposées et résolues, les erreurs commises et reconnues d'ailleurs avec la plus parfaite bonne foi par le calculateur pris en défaut. Malheureusement, nous ne pouvons reproduire ici les expériences qui furent faites devant P. Broca et devant la Société d'Anthropologie; mais, en lisant dans un instant ce qu'Inaudi accomplit aujourd'hui, on pourra remarquer, chemin faisant, quels progrès il a réalisés depuis douze ans, c'est-à-dire depuis son premier séjour à Paris.

En 1880, il fut aussi présentée par M. Camille Flammarion à la

d'étonnant à cela, pour des motifs faciles à deviner, et ceux que nous fournissons, malgré tous les soins que nous avons mis à les recueillir, sont peut-être sur quelques points erronés. Mais, franchement, à l'impossible nul n'est tenu. Et, où un maître s'est laissé prendre, il sera bien pardonné à l'élève d'être resté au-dessous de sa tâche.

(¹) Comme on a pu le voir par la note précédente en 1880 Inaudi s'appelait alors Arnodi. Peut-être un impresario intelligent a-t-il changé à dessein Arnodi en Inaudi. Inaudi voulant dire en latin : *inoui*, c'était là un moyen tout trouvé pour faire rire un instant le public, en remarquant finement que tout était *inoui* dans la vie du dresseur de marmotes : son cerveau... et son nom.

Salle des Conférences. Puis il fut engagé aux Folies Bergères, plus tard au théâtre Robert Houdin. Il fit une nouvelle apparition il y a huit ans (1883) à la Scala. Malgré son âge, il n'avait point à ses débuts passionné le public comme aujourd'hui : ce qui se comprend facilement, étant donnés les progrès qu'il a accomplis depuis quelques années.

Après ce stage à Paris, il partit en province, toujours accompagné de M. Dombey; il s'est montré, à Londres (1882) où il échoua; à Bruxelles, à l'Eden; en Suisse; au Palais de Cristal à Marseille; aux Folies Bergères à Rouen; à Nantes où nous l'avons vu jadis, etc.; dans presque tous les théâtres et cafés de France, où il a pu gagner quelque argent.

Inaudi, comme nous l'avons vu, a eu des commencements fort pénibles; il fut même au début fort maltraité par son père et par ses frères. Et, après l'avoir confié à M. Dombey, les parents exercèrent vis-à-vis de ce dernier un chantage en règle; aussi, cet impresario s'est-il ruiné. Inaudi ne se serait efforcé de calculer que pour gagner quelque argent, dans le but d'éviter les brutalités de ses parents.

Ces jours derniers, à diverses reprises, nous l'avons vu de près, l'avons interrogé, fait causer; nous avons entrepris une petite enquête auprès des gens qui l'entourent et le gardent avec un soin jaloux. Il n'y a, nous a-t-on conté, rien de spécial dans ses antécédents paternels ou maternels. J'incline à croire plutôt que le sujet ne se souvient de rien. Peut-être même ne veut-il rien dire? On a les plus grandes peines, comme chacun sait, à faire parler tout ce monde qui cependant, en public, jase trop facilement. Inaudi n'aurait jamais fait de maladie importante, n'aurait jamais été victime d'un traumatisme cérébral. En un mot, on ne note rien, ou plutôt on ne peut rien découvrir, absolument rien, dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Il a eu deux frères, dont l'un vit encore; son père n'est point mort. Sa mère est décédée à l'âge de trente-quatre ans à la suite d'une *maladie de poitrine*.

C'est aujourd'hui un garçon de vingt-quatre ans environ, sa physionomie est toujours aussi caractéristique, aussi curieuse et le piémontais d'autrefois est depuis longtemps naturalisé français. Au-dessus de petits yeux, légèrement bridés à l'instar des orientaux et toujours perdus dans le vague, un front immense, carré, aussi haut que large, surplombant une figure calme, à la bouche petite, au nez droit et fin. L'angle facial est extrêmement développé, comme dans les statues grecques; les oreilles sont assez larges, mais bien conformées. Inaudi dort bien, n'a point d'insomnie et aime beaucoup le lit.

Le développement de la tête est encore aujourd'hui un peu

au-dessus de la moyenne. Inaudi est tout petit de taille, râblé; son corps est trapu et sa constitution est restée solide. Il a l'allure et l'apparence d'un paysan dégauchi, à puissante musculature; mais, sur les planches, en face d'un public suspendu à ses lèvres, quand les chiffres s'en échappent comme une nuée de sauterelles, il prend plus d'aplomb, répond franchement et parfois avec une légère pointe de malice. En scène, il fait même des jeux de mots, au milieu de ses extractions de racine septième, et de temps en temps de l'esprit. Il ne le donne que pour ce qu'il vaut ⁽¹⁾. Aujourd'hui, il sait lire et écrire ⁽²⁾, a du goût pour la lecture, les cartes, etc. Il joue tous les jeux, principalement le billard.

M. le professeur Charcot, qui a examiné le crâne d'Inaudi à l'une des dernières séances de l'Académie des sciences où il a été présenté, comme je l'ai dit plus haut, n'a point retrouvé la particularité notée par Broca. Il a constaté seulement — il nous l'a répété à nous-même — l'existence d'une légère crête osseuse médiane, correspondant probablement à la suture interpariétale; cette crête, qui a été remarquée aussi par M. Darboux, ne se prolonge pas sur la région frontale. Cette dernière paraît désormais régulière et le côté gauche du crâne semblable au côté opposé. M. Charcot ignore complètement la signification de cette saillie osseuse.

Il nous faut signaler maintenant quels tours de force peut exécuter Inaudi. Placé, sur la scène, près du trou du souffleur, il tourne le dos aux tableaux noirs placés derrière lui et sur lesquels l'impresario écrit les données des problèmes posés, pour permettre au public de bien se rendre compte des calculs effectués. Les mains croisées sur la poitrine, il écoute avec une extrême attention la question qu'on lui adresse, la répète, la fait répéter s'il le faut, jusqu'au moment où il l'a bien comprise. Presque immédiatement, il fournit une solution juste, sans cesser de regarder bien en face les spectateurs, sans écrire quoi que ce soit — il n'écrit jamais en calculant, — sans être susceptible d'être troublé, quelque bruit que l'on fasse. Voulez-vous un exemple? Il additionne, en quelques secondes, sept nombres de 8 à 10 chiffres : tout cela de tête, grâce à des moyens à lui particuliers. Il termine une soustraction de deux nombres de 21 chiffres en quelques minutes à peine, trouve aussi rapidement la racine

(1) Jeune, il était plus naïf et son intelligence s'est très notablement développée depuis quelque temps.

(2) Nous avons sous les yeux un spécimen de son écriture et sa signature; nous regrettons vivement de ne pouvoir les reproduire faute de temps.

carrée, la racine cubique d'un nombre de 8 à 12 chiffres, si ce nombre est un carré parfait; il met un peu plus de temps quand, à cette extraction de racines carrée ou cubique, il y a un reste. Il trouve, de même, avec une célérité incroyable, la racine septième d'un nombre de plusieurs chiffres. Il fait une division, une multiplication en moins de temps qu'il ne faut pour l'énoncer. Chose encore plus étonnante, une heure après avoir fait toutes ces opérations de tête, après avoir trouvé la solution de problèmes très difficiles à résoudre par l'arithmétique, il se rappelle, avec une précision des plus remarquables, tous les chiffres sur lesquels il a eu à opérer.

Il calcule aujourd'hui certainement bien plus vite qu'au moment où il fut examiné par Broca; d'ailleurs, sa mémoire des chiffres semble avoir continué à se développer depuis l'âge de onze ans.

Il y a un exercice auquel il se livre avec une prédilection très marquée, même pendant qu'il fait des multiplications énormes, qu'il extrait des racines : c'est la recherche du jour qui correspond à une date donnée. Il a trouvé un procédé empirique qui lui fournit assez vite la solution demandée, à l'aide de quelques soustractions et additions, qu'il termine d'ailleurs en une ou deux secondes à peine. Il calcule aussi avec une célérité non moins étonnante, la quantité d'heures, de minutes ou de secondes qu'une personne a vécues, quand on lui donne la date de sa naissance.

Il peut travailler avec ses chiffres et parler tout à la fois, mener de front deux ou trois grandes opérations en même temps, résoudre trois ou quatre problèmes posés à la suite les uns des autres, passer de l'un à l'autre, répondre à différentes questions d'arithmétique, tandis qu'il cherche à se bien fixer dans l'esprit les données d'un problème : On dirait presque qu'il peut simultanément s'occuper de deux opérations à la fois...

Rien ne parvient à l'émouvoir, à le déranger de ses calculs; les interruptions parties de la salle le laissent froid et il continue à entasser des Péliens de chiffres sur des Ossa de nombres, alors que son barnum s'efforce de répondre aux spectateurs mécontents de ne pas voir leurs problèmes agréés.

Aujourd'hui, il se trompe rarement, et quand il avance un résultat, celui-ci a bien des chances d'être exact. S'il se trompe, il reconnaît vite son erreur, car il dit qu'il fait toujours la preuve des opérations qu'il a dû exécuter.

P. Broca, en 1880, n'avait pu se rendre compte de ses procédés de multiplication : il l'avouait sans embages. Aujourd'hui qu'Inaudi possède une intelligence bien développée, il les explique sans peine. Tandis que nous commençons à compter de droite à gauche pour la multiplication, il procède au contraire de gauche à droite.

Soit à multiplier 345 par 527. La série d'opérations que fait Inaudi est la suivante :

$$\begin{array}{rcl}
 1^{\circ} & 300 \times 500 & = 150.000 \\
 2^{\circ} & 300 \times 27 & = 8.100 \\
 3^{\circ} & 527 \times 40 & = 21.080 \\
 4^{\circ} & 527 \times 5 & = 2.635 \\
 \text{Total} & . . . & \underline{181.815}
 \end{array}$$

En somme, quatre multiplications et une addition : tout cela est terminé en quelques secondes, bien plus rapidement que si un praticien exercé avait pris la plume.

Broca, dès 1880, avait découvert la méthode qu'Inaudi emploie pour extraire les racines carrées, cubiques, etc. C'est un procédé de tâtonnement que ce maître anthropologiste comparait avec beaucoup de justesse à celui qu'on suit d'ordinaire pour chercher un mot dans un dictionnaire.

Mais Inaudi, fait extrêmement important, n'est pas seulement une machine à calculer. Il peut aussi faire œuvre véritable de mathématicien et trouver par l'arithmétique et la méthode des tâtonnements successifs la solution de problèmes qu'on ne résoud d'ordinaire que par l'algèbre. L'impresario insiste sur ce point et il a raison ; il ajoute même qu'il n'en est ainsi que *depuis deux ans*. A ce point de vue, Inaudi a exécuté devant nous des problèmes assez complexes qui, résolus de la sorte, lui ont demandé plus d'une soixantaine d'opérations successives, paraissant défiler devant ses yeux avec une rapidité vertigineuse, comme les images d'un kaléidoscope sans cesse en mouvement. Et les difficultés qu'il a récemment surmontées dans ce genre d'exercices à l'Académie des sciences sous les yeux de MM. Darboux, Bertrand et Poincaré, à la Sorbonne, au Ministère, en présence du Ministre de l'Instruction publique, M. Bourgeois, sont vraiment colossales. Les plus forts mathématiciens de notre temps, même M. Poincaré, dont on connaît la compétence en pareille matière, ont dû en convenir.

Ajoutons encore qu'il peut retenir des chiffres *pendant des mois*, à condition qu'il y ait utilité à le faire ou qu'il le veuille, pour une raison quelconque. Alors « il les classe » d'une façon spéciale. Il met une minute à retenir un nombre de vingt-quatre chiffres.

Nous ne pouvons indéfiniment citer des exemples. Nous préférons, en terminant l'exposé des brillants calculs d'Inaudi, montrer comment il se comporte quand il jongle ainsi avec ses millions. Pendant qu'il additionne ou soustrait billions et quintillions, il ne ferme pas les yeux ; après avoir, avant de commencer, répété deux ou trois fois, à très haute voix et avec lenteur, les nombres donnés, il mar-

motte entre ses dents, avec une volubilité fantastique tout en regardant autour de lui et en écoutant ce qui se dit, des paroles inintelligibles; quand on peut en saisir quelques-unes, on n'attrape ainsi, au vol, que des chiffres. Il cligne de l'œil par instants, étend souvent la main gauche et fait plusieurs fois glisser sur la paume les doigts de la main droite. Quand il ébauche ce geste, il a fini et semble déjà faire la preuve de l'opération proposée. En somme, il a l'air de parler constamment, d'entendre les chiffres sonner sans cesse à son oreille, comme un musicien est poursuivi par les notes du morceau qu'il compose. Il ne semble pas voir écrits sur un tableau, devant lui, les nombres qu'il manie avec une si grande facilité.

Au bout d'une heure d'un travail continu, il éprouve une certaine fatigue; et l'impression générale des auditeurs, qui se retirent aussi exténués que lui, est que la base de tout cela est une *mémoire* absolument invraisemblable, capable de retenir des quantités innombrables de chiffres.

Inaudi a eu des prédécesseurs, et tout donne à penser qu'il naîtra encore des calculateurs prodiges. Parmi ceux qui l'ont devancé dans cette voie, il faut citer d'abord Zerah Collburn, dont parle M. Ribot dans son livre sur les *Maladies de la mémoire* et qui, à l'encontre de notre sujet, « voyait ses calculs devant ses yeux. » Cet américain, au dire de J.-F. Nisbet, fut exhibé en Europe dans la première moitié de ce siècle. On lira avec intérêt, dans l'ouvrage récent de ce dernier auteur, le résumé de cette histoire, rédigé d'après des mémoires que Collburn publia lui-même.

Un jeune berger sicilien, du nom de Mangiamele, peut aussi être comparé à Inaudi; mais il paraît que les maîtres de ce garçon ont toujours tenu secrètes les méthodes de calcul dont ce dernier se servait. C'est Henri Mondeux, dont la vie est aujourd'hui connue de tous, qui se rapproche peut-être le plus du calculateur qu'on peut voir de nos jours. Grâce au rapport que fit, en 1840, à l'Académie des sciences, le mathématicien Augustin Cauchy sur cet enfant prodige, on possède des données précises sur ses débuts obscurs et sa manière de faire. Né aux environs de Tours, d'une famille de misérables gens, Mondeux commença par garder les troupeaux. Dès sa plus tendre enfance, il s'amusait à compter des cailloux, à combiner entre eux les nombres qu'il avait représentés de cette manière, car il ne connaissait pas encore les chiffres. Après s'être longtemps exercé seul, au milieu des champs, il se mit à offrir à un moment donné, aux personnes qu'il rencontrait, la solution de problèmes divers. Un instituteur, M. Jacoby, le distingua et le fit instruire. Puis, il le conduisit à Paris et le présenta à l'Institut. Un instant,

on fonda sur cet enfant les plus grandes espérances; mais l'État ne voulut pas alors s'intéresser à son sort, et finalement il mourut dans la misère et dans l'oubli vers 1862. On n'a pas publié, que nous sachions, la relation de son autopsie, à supposer qu'elle ait jamais été faite, ce qui n'est pas probable.

Un fait bien remarquable est à constater tout d'abord, et M. le professeur Charcot en a montré tout l'intérêt : c'est l'identité presque absolue des conditions de naissance, d'existence, de développement précoce que présentent tous les calculateurs prodiges. Comme nous le disions au début, ils sont, presque tous, superposables, quoique certains d'entre eux soient un peu plus forts que que les autres. Ils se ressemblent tous : tous ont éprouvé, en très bas âge, ce besoin de calculer sans cesse; on dirait presque qu'il s'agit là d'une impulsion véritable. M. Charcot la compare à une sorte d'inversion sexuelle qu'on observe chez des enfants qui, dès cinq ou six ans, voient déjà des images voluptueuses se dresser devant eux. Pour lui, il s'agit là d'un fait de même ordre : c'est une véritable fatalité. Les calculateurs, de même que ces enfants dégénérés, sont marqués à l'avance.

Ces « génies » partiels, dont les procédés de calculs ne sont pas toujours identiques, mais sont toujours analogues, doivent être rapprochés dans une certaine mesure des déséquilibrés héréditaires qui présentent de même une impulsion à compter, et M. Charcot est convaincu que, si l'on pouvait fouiller avec soin les antécédents d'un sujet à l'hypermnésie localisée, on trouverait dans sa famille des indices très nets d'une dégénérescence. Toutefois, il ne faudrait pas placer aujourd'hui, dans la même catégorie, les vrais *arithmomanes*; les faits, relatés en 1880 par M. Delasiauve à la Société d'Anthropologie et ceux publiés récemment par M. Cullerre d'épileptiques avérés se livrant à des calculs divers, semblent d'un ordre un peu différent. Tout porte à croire que dans ces cas il y a lésions, peut-être lésions localisées; chez les calculateurs, au contraire, il est à craindre que d'ici longtemps on ne trouve rien de pathologique dans leur cerveau. Mais nous sommes ici dans le domaine de l'hypothèse.

M. Charcot a été très frappé des points de ressemblance qui existent entre les grands musiciens, les mathématiciens illustres, les calculateurs prodiges. Tout ce monde d'artistes — le mot semble jurer un peu, appliqué à des gens qui font de la mathématique, cette science abstraite entre toutes — va vite en besogne, a bien rapidement atteint le maximum de rendement intellectuel qu'il peut fournir. On l'a dit bien des fois : nos plus célèbres mathématiciens ont donné, à trente ans, toute la mesure de leurs capacités. Ne

sait-on pas qu'un musicien ne fait guère de progrès passé la quarantaine ? Glissons ; n'appuyons pas.

Faut-il ajouter encore que pour être un génie, si petit soit-il, il est presque indispensable d'être légèrement toqué, d'être tout au moins un déséquilibré ? Il vaut peut-être mieux ne point trop insister pour l'instant sur ces questions brûlantes, et, revenant à nos calculateurs, faire remarquer plutôt que le secret de leurs divers exercices paraît bien résider tout entier dans l'exagération d'une variété de mémoire. M. Charcot ne pense pas, en effet, qu'une autre faculté soit nécessaire pour combiner entre eux les chiffres accumulés dans le cerveau et recueillis, comme dans le cas d'Inaudi par exemple, par l'appareil auditif.

Par acquit de conscience, nous avons enfin demandé à notre savant maître si l'on avait quelques données sur la possibilité d'une localisation quelconque de cette mémoire si particulière. Comme nous nous y attendions, M. Charcot a répondu que la science était muette sur ce point et que le moment n'était pas encore venu de formuler une hypothèse.

Si cet article, forcément incomplet, pouvait engager un de nos confrères à refaire l'histoire naturelle de ce groupe si caractéristique des grands amis des nombres, comme on étudie en Anthropologie l'histoire d'une race et de ses variétés, nous croirions avoir atteint — nous faisant en cela l'écho autorisé de M. le professeur Charcot — une partie du but que nous nous sommes proposé en rédigeant des notes prises, on le devine sans peine, avec la plus grande précision possible ; et si ces quelques lignes, consacrées à une personnalité vraiment digne d'intérêt, pouvaient contribuer à maintenir fixée sur elle l'attention de ceux qui nous gouvernent, à souligner les vues des membres de l'Institut qui désirent l'attacher à un établissement scientifique, et, par suite, à permettre d'en continuer l'observation médicale, nous pourrions croire n'avoir point perdu notre journée.

*Les soins à donner aux aliénés (Journ. of ment. science,
1890, 1891).*

Nous avons reçu par l'intermédiaire du Dr Urquhardt, de Perth, deux rapports au sujet des soins à donner aux aliénés. Ces rapports ont été faits par des Commissions de la *Medico-psychological Association* de la Grande-Bretagne et de l'Irlande et ont été adoptés aux réunions annuelles de 1890 et 1891.

Le premier rapport exprime le sentiment général que l'éducation de ceux qui sont appelés à soigner les malades réclame une attention

toute spéciale. Les premières connaissances humaines et l'enseignement ordinaire doivent être complétés pour une instruction technique. Mais le désir d'atteindre le niveau d'efficacité le plus élevé doit être contrôlé eu égard à des considérations pratiques. Beaucoup de gardiens serviables et fidèles peuvent faillir en essayant de s'adapter une instruction régulière, mais une instruction convenable doit primer tout parce qu'elle crée des positions où la responsabilité est plus grande.

La Commission a déclaré qu'un bon gardien doit posséder les attributs de la moralité, de la compétence et du talent. L'examen et le certificat qui donnent les preuves de l'instruction, ne répond que partiellement aux qualités que doivent présenter les gardiens, mais le public veut maintenant reconnaître que l'Association a fait son possible pour produire des gardiens non seulement aptes à leur vocation mais possédant encore des talents suffisants et se trouvant à même de remplir la mission à laquelle ils sont appelés.

Voici les conclusions de ce travail :

1° *Il sera donné par l'Association un système d'instruction des gardiens.*

a) Le candidat fera un temps d'épreuve de trois mois, avant qu'il puisse être admis définitivement comme aspirant.

b) Avant de pouvoir se présenter à l'examen il aura fait, pendant une période de deux ans (le temps du stage y compris) le service et suivi l'instruction dans un asile d'aliénés.

c) L'instruction sera donnée avec le concours de *manuels*, soit celui recommandé par l'Association ou tout autre recommandé par le médecin en chef. Il y aura également des *exercices* donnés par différents gardiens et sous la haute direction du médecin en chef, une *instruction clinique* donnée par les médecins attachés à l'asile, des *conférences* ou des *démonstrations* (au moins douze) organisées par les médecins de l'asile, et *périodiquement un examen* pour constater le degré des progrès réalisés. Cet examen se fera par le médecin en chef.

d) L'instruction se limitera aux conditions requises pour soigner les aliénés; on y ajoutera les principaux faits relatifs aux maladies mentales, des idées générales sur la structure du corps et ses principales fonctions, à un degré suffisant pour permettre aux gardiens de se rendre compte de l'importance de leur enseignement et pour pouvoir les qualifier « premier assistant » en cas d'accident dans un asile.

2° *L'Association instituera des examens à l'effet de pouvoir délivrer des certificats de capacité.* Voici quelles en seront les conditions :

a) Les examens auront lieu deux fois par an, le premier lundi du mois de mai et le premier lundi du mois de septembre.

b) Les examens auront lieu dans les différents asiles, quel que soit le nombre des candidats.

c) Ils se feront en partie par écrit et en partie oralement.

d) Les examens écrits seront remis aux membres du jury de l'Association. (Le jury sera le même que celui qui est désigné pour l'examen des candidats qui se présentent pour le diplôme de l'Association.) Les membres du jury accorderont dix points à chaque question et détermineront le minimum requis pour laisser passer le candidat. Le conseil central prendra les dispositions voulues pour ne pas faire connaître le contenu de l'examen écrit avant le temps voulu.

e) Les examens auront lieu comme suit : la partie écrite se fera au jour fixé, sous la surveillance du médecin en chef; elle sera examinée et appréciée par le médecin en chef et un assesseur. La partie pratique sera conduite par le médecin en chef assisté d'un assesseur, et dans le plus bref délai possible.

f) L'assesseur peut être un médecin en chef d'un asile voisin. Sa nomination aura été agréée par le conseil de l'Association.

g) Le candidat, avant de se présenter à l'examen, sera en possession d'un certificat de moralité et de capacité délivré par son directeur. Ce certificat sera expédié par le médecin en chef et son assesseur aux secrétaires de l'Association lorsque la demande en sera faite pour le besoin de la délivrance du certificat de capacité.

h) Les gardiens qui en ce moment ou n'importe à quel temps qui précède les deux années de la nouvelle institution, auront, de l'avis de leurs médecins en chef, été autorisés et auront profité de l'occasion pour étendre leur instruction conformément à la première recommandation, même lorsque cette instruction ne répond pas absolument au programme, pourront se présenter à l'examen, le conseil de l'Association ayant préalablement donné l'autorisation.

3° *Des certificats de capacité seront donnés dans les conditions suivantes :*

a) Les certificats seront rédigés suivant une formule donnée.

b) Les certificats porteront un numéro d'ordre et le sceau de l'Association; ils seront émis et contre-signés par les secrétaires de l'Association suivant la partie du royaume où ils seront délivrés.

c) Les certificats seront signés et délivrés par les examinateurs, le médecin en chef et son assesseur.

d) Le médecin en chef enverra au secrétaire-général la liste des candidats qui auront satisfait à l'examen.

4° Le secrétaire-général tiendra un registre qui mentionnera les noms de tous les candidats qui ont obtenu un certificat de capacité.

5° Le médecin en chef (ou, s'il s'agit des soins à donner dans une maison privée, le médecin du malade ou le chef de la maison), est

autorisé à apposer une observation sur le verso du certificat, chaque fois que le porteur du certificat se sera méconduit. Il est prié d'en faire un rapport détaillé au secrétaire-général et celui-ci le présentera à l'examen du conseil de l'Association. Si le conseil le juge nécessaire il ordonnera au secrétaire de biffer le nom de ce gardien du registre.

6° Tout candidat qui reçoit le certificat de capacité signera son parchemin.

7° Les médecins en chef et tout membre de l'Association, en engageant des gardiens qui prétendent être enregistrés, peuvent avoir tous les renseignements désirables en s'adressant au secrétaire.

8° Le registre sera publié annuellement dans le journal. Au besoin, il comprendra les noms de ceux qui ont été rayés par le conseil.

Le second rapport traite de la question du traitement des aliénés et des soins particuliers à leur donner. La Commission a décidé :

RELATIVEMENT A LA FOLIE EN GÉNÉRAL.

1. Que la folie est un symptôme résultant d'un trouble, primaire ou secondaire, des centres nerveux.

2. Ce trouble peut être d'origine physique ou psychique, ou d'origine physique et psychique à la fois. Le plus souvent il est dû à une prédisposition héréditaire, à des ennuis immérités dans la vie usuelle, à des excès nuisibles, à une maladie du cerveau ou d'autres organes qui peuvent troubler ce dernier.

3. Le mariage dans une famille psychiquement instable est un grand risque ; le mariage de deux personnes appartenant à de pareilles familles est à déconseiller parce qu'il prédispose la descendance à la folie.

4. La folie peut être diminuée en évitant des mariages peu sages, en se soumettant soigneusement dès le jeune âge aux lois de la physiologie, en se modérant en toutes choses, par une instruction et une éducation judicieuses, à la fois mentale et physique, en adoptant une manière de vivre et des occupations permettant de neutraliser les tendances morbides et en conservant une disposition d'esprit calme et égale au milieu des soucis et des perplexités de la vie.

5. Le trouble mental étant arrivé à un degré qui rend impossible tout traitement à domicile, mais toutefois à un état insuffisant pour réclamer le certificat de collocation, on mettra tout en œuvre pour que le malade se place volontairement à l'asile. On ferait ultérieurement les démarches nécessaires auprès des autorités pour obtenir le consentement.

6. Il est utile et nécessaire, tant au point de vue scientifique qu'au

point de vue économique, de pourvoir promptement au traitement des aliénés à domicile, même pour une rechute. Pour atteindre ce but, le service médical des asiles d'aliénés des provinces et des villes devrait être accessible au public. Il suffirait d'édicter un règlement à ce sujet. Il est encore désirable que dans tous les hôpitaux qui possèdent une école de médecine et un enseignement des maladies mentales, le médecin aliéniste soit attaché au corps médical de l'hôpital.

7. Si dans le principe il existe un asile pour les malades qui y résident, il devrait également pouvoir servir au public. Aussi, chaque médecin en chef d'un asile devrait être autorisé à pouvoir être appelé par un autre praticien à titre de consultant pour les maladies mentales. Pour prévenir tout abus possible, chaque consultation devrait être portée à la connaissance du comité administratif, si celui-ci le désire.

8. Tout asile public devrait être accessible aux recherches scientifiques et à l'enseignement clinique des maladies mentales pour les étudiants et les praticiens.

9. Il existe des aliénés d'une classe très nécessiteuse, qui ne sont pas des pauvres et dont les moyens d'existence ne leur permettent pas de se procurer dans les asiles le confort et les soins auxquels ils étaient habitués avant leur maladie. Il est conséquemment très regrettable que la charité publique ou privée fasse si peu pour leur venir en aide et que les institutions existantes, créées dans ce but, soient si limitées dans leur champ d'action.

RELATIVEMENT AUX ALIÉNÉS DANS LES ASILES.

10. Au moment de l'admission, le médecin devrait examiner chaque malade aussi complètement et aussi soigneusement que possible et inscrire consciencieusement toutes les données résultant de cet examen, qu'elles soient négatives ou positives.

11. Le traitement des troubles somatiques, même quand ils paraissent sans importance, est de la plus grande importance. L'importance s'accroît encore quand ces troubles, comme cela arrive fréquemment, sont connexes avec l'état mental. Toutes les ressources de l'art, médical ou chirurgical, seront utilisées à cette fin. On ne négligera aucun mode de traitement qui offre quelque chance de succès. Si l'état du malade laisse quelque doute, ou si on hésite au sujet du traitement, le médecin en chef devrait pouvoir appeler des spécialistes à son secours.

12. Il importe toujours de garantir et de maintenir la santé physique tant par le traitement médical que par une bonne hygiène (nourriture, air, vêtements, bains, travail, distractions).

13. Dans les cas où les centres nerveux ont été primitivement atteints, il importe de maintenir les différentes fonctions dans les meilleures conditions. On diminue ainsi les troubles fonctionnels et on retarde le progrès des modifications organiques.

14. Le traitement des maladies du cerveau impose des précautions et du savoir-faire. Une simple répression des symptômes ne prouve pas la valeur du traitement. Il vaut souvent mieux de laisser passer doucement l'énergie superflue que d'administrer des drogues qui l'arrêteront pour un moment en stupéfiant uniquement le malade.

15. Le traitement moral, institué simultanément, est d'une importance bien plus grande. Il importe de captiver la sympathie du malade, de l'aider, de le guider ; — on peut alors lui donner une suggestion d'ordre et de discipline. Le pouvoir sera d'autant plus grand qu'il paraît ne pas faire grand effet et être presque impersonnel.

16. Une partie essentielle du traitement mental consiste à distraire le cerveau de ses idées malades et de suggérer des idées nouvelles et saines par une occupation convenable et des distractions. Le travail sera prescrit et surveillé par le médecin comme s'il étudiait l'action d'un médicament ; il l'appliquera comme il administre le médicament à chaque cas individuel et il le variera suivant l'état du malade et ses antécédents. L'amusement et la distraction viendront ensuite ; on les dirigera comme on vient de l'indiquer pour le travail. Ils sont toujours les plus salutaires quand les malades y prennent une part active plutôt que d'y assister en simples spectateurs. La récréation intellectuelle dans les livres, les revues et les journaux est très importante pour beaucoup de malades. Tout ce qui tend à assimiler l'asile à la vie usuelle et qui peut contribuer à diminuer les différences inévitables entre la vie ordinaire et celle du colloqué, présente une importance capitale. Tout l'entourage, tout en un mot dans un asile doit rappeler la maison autant que possible ; rien ne peut contribuer à ennuyer le malade. Chaque malade aura la plus grande dose de liberté possible, compatible avec sa sécurité et son traitement.

17. L'application de ces principes généraux doit varier d'après l'état spécial des malades, la localité et l'individualité du médecin en chef.

RELATIVEMENT AUX DIFFÉRENTES CLASSES DE MALADES.

18. Il n'est pas désirable de faire une classification trop stricte des malades. Il ne faut pas qu'un quartier ne renferme que des malades d'un seul type.

19. En règle générale, les *cas récents*, à moins qu'ils ne soient incurables d'emblée, doivent être reçus dans un quartier spécial où le nombre et l'expérience des gardiens peut garantir les soins nécessaires et l'observation spéciale des symptômes et où le caractère des autres malades permet de donner l'exemple de l'ordre, de l'activité, de la bonne humeur et de l'obéissance. Pour traiter convenablement les malades, il importe de connaître aussi promptement et aussi exactement que possible leur état général. Que leur impression première en entrant dans l'asile soit favorable à la guérison. Un asile doit être établi dans des conditions de manière à permettre au dehors les promenades et le travail qui constituent des éléments de guérison indispensables, tant pour les cas récents que pour les autres.

20. Il n'est pas désirable de réunir trop de *cas de suicides* pendant le jour. La présence du gardien constitue le meilleur moyen d'éviter les suicides, mais il ne peut se borner à le surveiller uniquement ; il doit l'éveiller, l'occuper, l'intéresser à l'une ou l'autre chose. Pendant la nuit, ces malades devraient être l'objet d'une surveillance spéciale.

21. Pour les *malades dangereux et destructeurs*, il faut de nombreux exercices et de l'occupation au grand air, de nombreux gardiens, un entourage attractif, et l'usage de bains et de médicaments calmants. Ces moyens suffisent pour le traitement de beaucoup de ces malades, sans devoir recourir aux moyens de contrainte. L'admission des condamnés devenus aliénés dans les asiles des villes et des provinces n'est pas à recommander. Leur influence est subversive quant à la moralité et la discipline.

22. Dans quelques cas exceptionnels l'isolement et la contrainte sont nécessaires et avantageux. On les emploiera alors sans hésitation, mais uniquement comme moyen de traitement et sur ordre du médecin. Leur emploi doit être enregistré avec un soin particulier.

23. La guérison des *malades convalescents* sera examinée en leur accordant plus de liberté et de privilèges, sur leur parole d'honneur, en les transférant dans d'autres établissements ou dans des maisons privées convenables, en leur accordant des congés et en les mettant en liberté à titre d'essai.

24. Quoique tout l'asile peut être considéré comme un hôpital, une *infirmerie* spéciale est indispensable. Elle doit recevoir des cas de maladies cérébrales assez avancées, des cas récents qui requièrent des soins particuliers ainsi que des maladies incidentes. Cette infirmerie doit être équipée comme une infirmerie ordinaire et muni de tout ce qui est nécessaire pour soulager et guérir les malades.

25. Il est recommandable d'y faire faire un stage à tous les gar-

diens afin de mieux leur faire comprendre que l'aliénation mentale à ses différents degrés est la manifestation et le résultat d'une maladie.

RELATIVEMENT AU SERVICE ADMINISTRATIF ET MÉDICAL DES ASILES.

26. Le nombre des médecins dépend de la nature des malades à soigner.

27. Un asile provincial qui ne reçoit que des cas récents doit avoir un médecin-adjoint pour chaque 60 admissions nouvelles. Un asile provincial qui ne reçoit que des cas chroniques doit avoir un médecin-adjoint pour chaque chiffre de 400 malades. Pour un asile qui prend à la fois des cas récents et chroniques, un médecin-adjoint suffit pour chaque série de 100 admissions annuelles.

28. Tout asile public devrait avoir un médecin-adjoint. Les médecins ne pourraient être surchargés de manière à ne pas leur permettre de faire des visites, de prêter une attention spéciale à des cas nouveaux, de prendre une part active dans les récréations des aliénés, de pouvoir faire valoir leur influence personnelle et leur amitié auprès des malades. Les médecins-adjoints résidant dans l'établissement pourraient prendre une grande part au service médical et contribuer ainsi à étendre les études psychiatriques. Les médecins devraient s'occuper essentiellement de questions de pathologie et si tous pouvaient y prendre une part active, un des médecins dans les grands asiles serait néanmoins chargé de la direction supérieure. Les résultats seraient publiés *in extenso*.

29. Un asile et tout ce qui l'entoure existe pour le bien-être des malades et doit être organisé à cet effet. Aussi, toute chose devrait se trouver sous le contrôle du médecin en chef. Au point de vue administratif et pour d'autres objets qui ne concernent pas le service médical, sa position ne serait que celle d'un directeur ayant en sous-ordre des employés responsables. Ces fonctions constituent alors plutôt un délassement qu'un fardeau.

30. Le choix et l'éducation des gardiens demandent les plus grands soins. Tout asile devrait prendre les dispositions nécessaires pour les instruire dans leur tâche difficile et pénible, et ce d'après les recommandations faites par l'Association en 1890. Le meilleur plan de traitement reste sans résultat à moins qu'il ne soit exécuté par un personnel compétent.

31. Les services des gardiens devront être reconnus par des bons gages et un logement confortable. Pour en garantir la bonne exécution on devrait fréquemment leur accorder un délassement.

32. L'extension de l'asile dépend de la classe sociale à laquelle l'aliéné appartient et suivant la nature de la construction. Un asile de province qui ne reçoit que des cas récents et opère le transfère-

ment lorsque les cas deviennent apparemment incurables, ne pourrait contenir plus de 200 à 300 malades. Un asile qui renfermerait à la fois des cas récents et chroniques, ne pourrait en loger plus de 600 à 700. Un asile qui, au contraire, n'accepterait que des cas chroniques pourrait en contenir 1000 et au-delà.

On voit par ce qui précède que la *Medico-psychological Association* est profondément pénétré d'un esprit médical et que cet acte de foi maintient sa position dans l'avant-garde de la science et de la philanthropie pratique. J. M.

Un cas de guérison de tétanos traumatique par l'antitoxine du tétanos, par SCHWARZ (*Centralbl. für Bacter. und Parasit.*, 1892).

Parmi les recherches qui ont été faites pour arriver à comprendre le mécanisme de la guérison des maladies infectieuses ou le mécanisme de l'immunité de certaines races animales, il en est qui ont, il y a quelque temps, tout particulièrement attiré l'attention par leur originalité et les idées nouvelles qu'elles pouvaient suggérer. Tizzoni et Cattani ont annoncé que le sérum sanguin d'animaux peu sensibles au tétanos et rendus artificiellement réfractaires à cette maladie, contenait une substance antitoxique, curative du poison tétanique; ils ont pu isoler et préparer cette substance, sans qu'elle perdît en rien aucune de ses propriétés et l'ont appelée *l'antitoxine tétanique*.

Ces recherches demandent une vérification plus complète. Il est intéressant de rapporter cette observation relative à un malade traité par la méthode Tizzoni-Cattani : Il s'agit d'un jeune paysan de quinze ans qui se fit, en coupant une noix, une blessure assez profonde à la face antérieure de l'avant-bras gauche; chose curieuse, il avait ramassé la noix, dans le même endroit où, plusieurs années auparavant, sa sœur, morte à la suite du tétanos, était tombée et s'était blessée.

Quelques jours après l'accident apparurent quelques symptômes de contracture dans le membre supérieur gauche, puis dans la mâchoire, la face et enfin dans les membres inférieurs et les muscles du dos. Le jeune malade fut d'abord traité par le chloral et les bains chauds, puis par les injections sous-cutanées d'acide phénique, mais sans résultat. Les phénomènes de contracture se généralisèrent, puis apparurent des crises tétaniques; on pratiqua alors une première injection sous-cutanée de 15 centigrammes d'antitoxine, provenant du sérum sanguin d'un chien rendu réfractaire au tétanos; cette substance, préparée par M. Tizzoni, fut dissoute dans trois centimètres cubes d'eau stérilisée et cette petite opération fut faite avec toutes les précautions antiseptiques désirables.

A la suite de l'injection, le malade se plaignit d'abord de sensations de brûlure très vive dans la région injectée, puis il accusa plus tard une sensation d'amélioration, sans que les contractures semblaient diminuer d'intensité.

Le lendemain, nouvelle injection d'antitoxine de 15 centigrammes, puis lavage et débridement de la plaie au sublimé; enfin, dans la soirée, nouvelle injection de 20 centigrammes. Le deuxième jour après la première injection, l'amélioration était considérable; on fit une troisième injection, cette fois de 25 centigrammes, et on la renouvela le troisième jour. Le matin du quatrième jour, l'amélioration était telle que le malade pouvait ouvrir facilement la bouche et manger avec appétit, se servir de ses membres et se lever; le cinquième jour, la guérison semblait définitive. On avait injecté en tout 1 gramme d'antitoxine en cinq fois; dès la troisième injection, la plupart des phénomènes s'étaient considérablement amendés.

S. ajoute qu'il connaît encore deux autres cas de tétanos guéris par la même méthode, ceux de Pacini et de Nicoladoni. J. M.

Emploi abusif de l'hyoscine, par L. WEATHERLY (*Journ. of ment. science*, 1891).

L'hyoscine, administrée convenablement, est un des médicaments les plus utiles. Il faut la prescrire à la dose de 0,0002 à 0,0006 et ne pousser que très prudemment jusque 0,001. Elle a des effets extraordinaires chez les malades agités et turbulents, dans la période d'agitation de la folie circulaire, dans la manie puerpérale, etc.

En injection souscutanée, l'hyoscine est dangereuse, si elle n'est pas administrée avec tous les soins désirables et si on n'en surveille pas les effets.

Dans l'hystérie avec hallucinations elle n'a aucune action ou n'a que des effets fâcheux; elle suscite dans certains cas l'apparition d'un délire ou change la nature des hallucinations. Elle est très active dans le delirium tremens. Pas d'effets appréciables dans les affections dépressives. Elle diminue le tremblement et l'incoordination dans la sclérose multiple, dans l'alcoolisme chronique, dans la paralysie agitante et souvent dans la paralysie progressive.

J. D. B.

De l'administration du sulfate de duboisine, chez les aliénés, par MAX LEWALD (*Neurol. Centralbl.*, 1891).

Nous ne possédons pas encore en médecine mentale le calmant idéal; le chloral produit un abaissement considérable de la pression

sanguine certains auteurs le considèrent comme un poison du cœur; l'hyoscine est un remède héroïque qui fait souvent tomber le malade dans le collapsus; il n'est pas facile d'administrer le sulfonal aux malades agités. La duboisine sera-t-elle meilleure?

L. la prescrit en solution à la dose de 0,04 dans 20 grm. d'eau et la donne en injection sous-cutanée. Pour en obtenir de bons effets chez les aliénés agités, il a dû l'administrer à la dose de 0,002; ce qui représente une seringue de Pravaz de la solution mère.

Il l'a prescrite à un homme atteint de paranoïa et à 21 femmes atteintes de délire hallucinatoire (6 cas); démence agitée et manie périodique (4 cas); paranoïa et folie épileptique (3 cas); démence sénile (1 cas). Voici les symptômes observés : mydriase précoce, puis au bout de 10 à 30 minutes, cessation de l'agitation musculaire, calme, parole plus lente, incompréhensible; après trois quarts d'heures en général le malade s'endort. Le sommeil dure de deux à sept heures, rarement plus longtemps.

Succès complet dans 72 % des cas; chez 24 % des malades le médicament a amené le calme sans déterminer le sommeil. Pas d'effets dans 4 % des cas.

Le médicament est-il sans dangers? Dans un cas il a eu des effets très défavorables : exagération de l'agitation, dilatation excessive des pupilles, pouls à 168, très petit, respiration 35, rougeur considérable de la face; il fallut faire des injections d'éther à la malade et des applications froides sur la tête et la poitrine.

Les malades s'accoutument au sulfate de duboisine; il est bon d'en suspendre l'emploi pendant quelques jours après l'avoir administré pendant un certain temps. En somme c'est un médicament utile, agissant presque à coup sûr comme sédatif et hypnotique chez les aliénés; il est périlleux d'en administrer plus de 0,002. Il semble destiné à remplacer l'hyoscine, beaucoup plus dangereuse.

J. D. B.

Valeur thérapeutique de l'hypnose dans les asiles d'aliénés, par
BINSWANGER (*Neur. Centralbl.*, 1891).

1° L'étude scientifique de l'hypnotisme appartient presque tout entière au domaine du psychiatrie. L'aliéniste est donc non seulement autorisé mais mieux obligé de faire des tentatives d'hypnotisation thérapeutique dans les asiles, quand ce ne serait que pour aider à rejeter les idées fausses et mystiques qu'ont certains gens sur les phénomènes hypnotiques. Mais il est nécessaire d'apporter la plus grande attention au choix des malades à traiter et à l'agencement des séances si l'on veut éviter des accidents.

2° Il résulte des expériences de B. que le traitement hypnotique et surtout la thérapeutique suggestive de l'école de Nancy sont sans effets chez la plupart des aliénés. L'emploi de ces moyens n'est pas sans présenter quelque danger; il arrive qu'en répétant les essais de traitement hypnotique chez un malade, ou renforce les symptômes qu'il présente.

3° L'hypnotisme donne surtout de bons résultats dans les diverses formes de folie hystérique.

von Krafft-Ebing n'a que peu de données sur le traitement hypnotique des aliénés. Cependant il a obtenu de bons résultats chez les alcooliques, quoique d'une manière assez inconstante. Nous n'avons à notre disposition qu'un nombre si faible de moyens thérapeutiques que tout remède nouveau doit être accueilli avec joie même quand nous n'en pouvons attendre que peu de succès. On a exagéré les dangers de l'hypnotisme. On évite l'auto-hypnotisation en suggérant des idées contraires. Il arrive souvent que par l'hypnotisation répétée on fasse disparaître les symptômes d'irritabilité neuro-musculaire qui se présentent chez les hystériques.

J. D. B.

Un réflexe produit par l'excitation du nerf trijumeau. Application thérapeutique, par KURT (Wiener med. Presse, 1891).

K. a remarqué qu'en excitant mécaniquement les terminaisons sensibles du trijumeau, soit à la conjonctive soit au pharynx, on déterminait une action d'arrêt remarquable sur le nerf laryngé.

K. eut l'idée de provoquer la production de ce réflexe dans un but thérapeutique chez les enfants atteints de spasme de la glotte. Il se sert pour irriter la muqueuse nasale d'une plume qui a été plongée dans un mélange pulvérulent de quinine et de sucre ou de quinine, d'antipyrine et de sucre. Il faut nécessairement enlever les mucosités trop épaisses qui recouvriraient la muqueuse.

L'auteur a obtenu de bons résultats par ce procédé.

Il croit pouvoir appliquer ce mode de traitement aux névroses d'autres nerfs crâniens sur lesquels l'excitation du trijumeau produirait une action d'arrêt du même genre.

J. D. B.

L'insomnie et les nouveaux hypnotiques, par le professeur VON KRAFFT-EBING (Wiener klin. Wochenschr., 1891).

Les causes prédisposantes de l'insomnie sont nombreuses. Toutes résultent probablement de troubles nutritifs de l'écorce cérébrale qui mettent l'organe psychique dans un état de surexcitation. Ces

troubles peuvent résulter du processus de la fièvre par suite des modifications qualitatives dans la composition du sang ou même de modifications quantitatives dans les cas d'infection; ils se présentent encore, par suite d'une variation qualitative et quantitative du sang dans les intoxications (opium, alcool), dans l'état d'inanition du cerveau (oligocythémie), les affections organiques du cerveau, les maladies mentales et nerveuses (surtout la neurasthénie, l'hypochondrie et l'hystérie), par suite d'un processus d'irritation de nature inflammatoire ou fonctionnelle, et dans les irritations locales des nerfs sensitifs jusqu'au siège de la douleur.

Toutes ces causes d'insomnie sont suffisamment connues des praticiens. Ce qui doit les intéresser le plus dans le travail du savant professeur de Vienne, c'est la thérapeutique de la question. Pour qu'elle soit efficace, il faut qu'elle soit presque individuelle et qu'elle combatte la cause. Comme dans beaucoup de cas cette prescription est irréalisable, on doit recourir au traitement empirique, c'est-à-dire anesthésier l'organe central.

Le traitement des causes prédisposantes combat souvent et à la fois la cause occasionnelle. Si la cause réside dans le processus de la fièvre, on diminuera la température par l'emploi de la glace, des bains froids et frais, parfois de l'antipyrine. Dans les cas d'hyperactivité cardiaque et de forte fluxion artérielle, la digitale combinée aux acides peut parfois produire l'action hypnotique. S'il faut absolument recourir aux hypnotiques, la paraldéhyde, le sulfonal, l'uréthane sont contre-indiqués dans les états fébriles.

Dans l'agrypnie alcoolique on peut prescrire les opiacés, la paraldéhyde, le méthylal, le sulfonal, la strychnine et même l'hypnone.

L'agrypnie des morphinomanes est difficile à combattre, spécialement au moment où l'on déshabitude les malades.

Le Piscidia, l'hypnone, le brôme combinés à l'opium et le bain tiède méritent une attention.

L'inanition et l'anémie indiquent la prescription du repos au lit, d'une alimentation riche, spécialement le soir, de l'emploi des spiritueux et au besoin du camphre.

Les indications dans les maladies organiques du cerveau sont plus difficiles à préciser. Elles peuvent être accompagnées de fièvre, de fluxion, de douleurs, de troubles nutritifs; toutes ces causes peuvent donner lieu à l'agrypnie.

Dans les psychoses le but est souvent plus difficile à atteindre. Ici il n'y a que des signes de présomption pour la détermination des troubles nutritifs. Il peut y avoir un état anémique, un état d'excitation corticale qui font modifier les indications.

Quant au traitement symptomatique, on pourra donner dans les

états mélancoliques de l'opium, du sulfonal, du Piscidia et du brôme. Dans la manie, et d'après le degré de fluxion, on prescrira le bain tiède prolongé, la digitale, l'ergotine et les antaphrodisiaques quand il y a irritation sexuelle. Dans le délire asthénique et la démence aiguë il faudra vaincre les troubles nutritifs de nature anémique. L'agrypnie dans les maladies nerveuses sera combattue par un traitement tonique (hydro-, électro- et aërothérapie).

La chambre du malade sera vaste, bien aérée, à une température de 13° C. Le malade n'ira se coucher que lorsque la digestion touche à sa fin; le soir, il y aura repos physique et moral; on évitera les boissons excitantes. Le lit ne sera pas trop chaud.

Le *traitement de la surexcitation cérébrale* peut se faire par des procédés diététiques et physiques et par des moyens narcotiques. L'auteur donne toujours la préférence, autant que possible, aux premiers procédés qui n'ont qu'une action purement fonctionnelle sur le cerveau. Il recommande surtout les bains prolongés d'eau à 32 à 35° C. ou le maillot de Priessnitz maintenu pendant une à plusieurs heures, la faradisation de la peau, le massage électrique, le bain électrique, l'anélectrotonisation du cerveau, de grands sinapismes ou même des bains sinapisés. En fait de médicaments, il prescrit la valériane, le sulfate de quinine, les acides minéraux.

S'il est obligé de recourir aux hypnotiques qui agissent par leur action chimique, il ne prescrit jamais des hautes doses et ne recommande pas de les prendre pendant longtemps. Il suffit souvent de les administrer pendant quelques jours pour avoir un résultat définitif. La plus grande prudence et toute la sagacité du médecin est requise pour ne pas abuser des hypnotiques.

L'*hydrate de chloral* reste beaucoup employé. Toutefois c'est un poison du cœur et pour ce motif on n'en excèdera pas 3 grm. Il est contr'indiqué dans la dégénérescence graisseuse du cœur, les lésions valvulaires, l'athéromatose, les affections inflammatoires des poumons et les maladies organiques accompagnées de grande fièvre. De petites doses de morphine renforcent l'action du chloral. Administré pendant des semaines ou des mois, il prédispose à des symptômes d'intoxication chronique (vaso-parésie, anémie, œdème, tendance aux hémorragies, obnubilation de l'intelligence). Il peut rendre des services chez les anémiques, dans les phénomènes résultant de crampes vasculaires (sensations d'angoisse, migraine spastique, dans l'anémie cérébrale et spécialement dans la mélancolie, le délire d' inanition et spécialement le delirium tremens). Son emploi prolongé dans la neurasthénie, l'hystérie et le morphinisme est plutôt nuisible.

Le *crotonchloral* est moins dangereux chez les cardiaques mais son action est inférieure à celle du chloral. Le *somnal* paraît avoir

une action analogue à celle du chloral, de même que la *paraldéhyde*. Ce dernier peut être administré (de 4 à 8 grm.) pendant plusieurs mois sans conséquences fâcheuses. On peut le donner jusqu'à 10 à 12 grm. Il est très recommandable dans l'hystérie et la neurasthénie. Au bout de douze heures il est éliminé par les poumons. Son odeur et sa saveur répugnantes constituent des inconvénients que certains malades parviennent néanmoins à vaincre. L'haleine des personnes qui prennent ce médicament est détestable. Il n'a aucune action dépressive sur l'activité cardiaque.

L'*opium* et ses *alcaloïdes* ont une action sur les cellules ganglionnaires. Après un stade d'excitation, ils exercent une action stupéfiante; ils diminuent encore le calibre vasculaire par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs. Pour maintenir son action il faut en augmenter la dose. Certains sujets présentent une idiosyncrasie pour l'opium qui exerce alors une action excitante. Dans les états anémiques son action est très puissante. Il ne donne généralement pas de résultats chez les hystériques, les neurasthéniques et les hypocondriaques. Le sommeil qu'il produit n'est pas aussi parfait que celui obtenu par le chloral.

L'opium est recommandé dans l'insomnie des alcooliques et spécialement dans le delirium tremens, dans les disthymies et les mélancolies débutantes. Son action hypnotique est caractérisée par la cessation de la douleur physique et psychique et conséquemment par le repos du cerveau.

La *morphine* a une action identique. En plus, il agit à l'instar du condiment, il procure une sensation de bien-être. L'abus de la morphine prédispose à la morphinomanie.

Le *tannate de cannabine* une action analogue à celle de l'opium.

L'*hyoscyamine* est un poison cardiaque qui diminue aussi l'excitabilité corticale. Son emploi prolongé débilite le corps. L'*hyoscine* lui est préférable, mais présente les mêmes inconvénients; il peut même produire le collapsus. On le prescrit dans les états d'excitation de la manie simple ou périodique et de la paralysie générale.

L'*hyponne* donnerait des résultats dans l'agrypnie des alcoolisés ou à la suite d'excès en travaux intellectuels. Ces résultats toutefois ne sont pas confirmés par tous les auteurs.

L'*uréthane* n'est pas un remède héroïque, mais il est facile à prendre parce qu'il ne possède qu'une légère saveur salée.

La *Piscidia erythrina* n'est pas directement un hypnotique. Il agit toutefois comme anesthésique cérébral et psychique et produit ainsi le sommeil d'une manière indirecte. Sa valeur n'excède pas celle des *bromures*. Ceux-ci doivent toujours être prescrits à haute dose. La combinaison des bromures avec le Cannabis n'offre aucun avantage; celle avec les opiacés est plus recommandable.

Le *méthylal* a rendu de grands services dans le delirium tremens et autres états d'inanition. — Le *sulfonal* est l'hypnotique le plus précieux découvert dans ces derniers temps. Il a des avantages en ce qu'il est inodore et insipide, qu'il n'a aucune action dépressive sur la circulation et qu'il ne présente ultérieurement aucune conséquence fâcheuse. Comme ce n'est pas un hypnotique dans le véritable sens du mot, il ne possède aucune valeur contre l'agrypnie occasionnée par des douleurs physiques. Il est précieux contre l'agrypnie psychique. Son action s'éteint à mesure qu'on en continue l'usage. Aussi est-il recommandable d'en arrêter l'emploi de temps en temps.

En terminant son travail l'auteur rappelle qu'il est indispensable de connaître les causes prédisposantes et occasionnelles de l'agrypnie avant d'avoir recours aux hypnotiques. S'il y a *érétisme cérébral* résultant d'un excès de travail intellectuel il faut prescrire le repos du cerveau, le séjour de la campagne, ordonner le brôme, le piscidia, le sulfonal, la valériane, des bains tièdes. Les autres procédés hydrothérapiques à température inférieure, sont plutôt excitants et ne sont recommandables que postérieurement à la cure.

En présence d'un *état émotif* avec idées fixes ou des obsessions, on doit recourir aux anesthésiques psychiques (opium, morphine, brôme, piscidia, sulfonal). Dans les cas moins prononcés, avec conservation suffisante de la force de l'association, on atteint souvent le sommeil en modifiant la marche des idées (lecture de poésies, de romans, exercices de calcul).

Y a-t-il une *peur de l'insomnie* comme cause à invoquer, l'attention expectante empêche le sommeil. La thérapie psychique triomphe dans ces cas. Les pilules de mie de pain, l'homéopathie, l'électro-homéopathie donnent parfois des résultats surprenants; s'il existe un état d'*irritation périphérique* les opiacés et la morphine sont indiqués.

Les *palpitations cardiaques* et la sensation pénible de pulsation à l'épigastre provoquent-elles l'agrypnie, on peut recourir au bain tiède, aux procédés hydrothérapiques à la même température. On peut prescrire le brôme, le piscidia, l'hypnone, l'eau de laurier-cérise, la valériane.

Les *hypéresthésies musculaires* se traitent par le bain tiède, le massage, l'extrait de ciguë ou de belladonne, même la morphine et la quinine en injection sous-cutanée.

Les *états paralgiques et névralgiques* cèdent en présence des salicylates, du salol, de l'antipyrine ou de la morphine.

L'agrypnie dérivant d'une affection de l'estomac réclame un traitement spécial. Si elle résulte de troubles spastiques les bromures

avec ou sans belladonne ou opium sont indiqués; s'il y a irritation dans le domaine des *organes génitaux*, les bromures, les bains de siège, le lupulin, l'anélectronisation au périnée seront recommandés suivant l'indication causale.

J. M.

Rapport sur la Maison de santé d'Endenich-lez-Bonn, pendant la période 1879 à 1890, par le D^r OEBEKE.

L'asile d'Endenich ne peut recevoir qu'un nombre restreint de maladies; il comptait au 1^{er} janvier 1879 une population de 27 hommes et 19 femmes. On y a soigné, de 1879 à 1890, 357 malades.

Nous n'entrerons pas dans le détail des tableaux dressés par le D^r Oebeke, dans lesquels se trouve renseignés le nombre de guérisons, d'améliorations obtenues, la nature des affections traitées, etc. Nous y relèverons quelques renseignements sur les 55 paralytiques généraux auxquels il a donné des soins, soit 54 hommes et 1 femme. Comme causes de l'affection sont signalés :

L'excès de boissons alcooliques chez	12 hommes.
La syphilis	31 »
Le diabète	1 »
Une chute de cheval	1 »
La peur	1 »
Des excès de travail	17 »
Des revers de fortune	3 »
Le chagrin	1 »
Un héritage avec exaltation consécutive	1 »

Nous avons du reste eu l'occasion de signaler déjà dans le Bulletin de la Société les considérations émises par l'auteur au sujet des syphilitiques soignés dans son établissement.

J. D. B.

Die Privatheilanstalt zu Ober-Döbling, Wien. II Bericht über die Leistungen der Anstalt vom 1 Juli 1875 bis 30 Juni 1891.

Après un coup d'œil rétrospectif sur l'histoire de la Maison de Santé d'Ober-Döbling, on rencontre dans ce travail une description très intéressante de l'établissement qui occupe au-delà de sept hectares. Le prof. Obersteiner y occupe la position de médecin en chef et se trouve assisté de deux autres médecins. On y compte encore 78 employés pour les différents services et pour une population de 69 aliénés (46 H. et 23 F.).

Pendant la période de quinze ans, on y a soigné 669 aliénés (427 H. et 242 F.) et 98 malades atteints d'autres affections nerveuses (63 H. et 35 F.) — 607 aliénés (383 H. et 224 F.) et 91 autres ma-

lades (61 H. et 30 F.) ont quitté l'établissement. — Le rapport donne tous les détails relatifs aux différentes formes morbides qui y ont été admises et toutes les données possibles sur les statistiques. Il y a eu 225 guérisons, 179 sorties avec amélioration, 151 sorties sans amélioration et 141 décès. Parmi les guérisons, on rencontre 17 malades atteints d'aliénation mentale compliquée de paralysie qui n'étaient que des cas de syphilis cérébrale et que l'on classe généralement parmi les cas de démence paralytique. Parmi les 194 cas de folie paralytique il n'y avait que quatre femmes.

Les meilleurs succès y sont obtenus dans les cas d'excitation maniaque; la proportion des guérisons y fut de 73,4 %.

Le travail renferme encore un règlement général pour la Maison de Santé, un règlement spécial pour les gardiens et une description de la manière de vivre dans l'établissement même. On comprendra aisément quels avantages il doit offrir quand on considère qu'on y rencontre trois médecins résidants presque constamment en contact avec leurs malades et un personnel énorme, intelligent, toujours prêt à suivre les prescriptions de leurs chefs. Les malades y sont occupés autant que possible; on y cultive beaucoup la musique et certains pensionnaires assistent régulièrement aux spectacles et aux concerts qui se donnent à Vienne. On y fait des poésies, des traductions, du dessin; on y organise des soirées avec représentations, il y existe une bibliothèque contenant au-delà de 2000 volumes; des journaux politiques et illustrés se trouvent à leur disposition. On y apprend des travaux manuels artistiques, on y fait des herbiers, des promenades champêtres. On y rencontre tous les jeux de distraction et autres qui peuvent contribuer au développement musculaire. La Maison possède enfin une chapelle où l'on célèbre régulièrement les services divins.

Le travail se termine par des considérations cliniques relatives aux rapports entre la syphilis et la folie paralytique, aux hallucinations dans le cours de cette dernière maladie, à la mortalité des paralytiques dans les différentes périodes de l'année, au morphinisme, au poids du corps dans le cours des psychoses, à la température du corps dans les accès nerveux et aux autopsies.

Le chapitre consacré au traitement mérite une mention toute particulière. Malheureusement, il n'est pas possible de jeter un coup d'œil sur l'ensemble scientifique de ce travail. Il nous prendrait une place trop considérable et dont nous ne pouvons disposer. Il suffira, pour en faire connaître la valeur, que le corps médical attaché à cet établissement applique toutes les méthodes scientifiques de la science moderne tant pour l'examen des malades que pour les soins à leur donner. Il est regrettable que nous ne possé-

dions ni en France, ni en Belgique, des travaux analogues. Ils ont une valeur scientifique parfois supérieure à celle des travaux didactiques sur la même matière. Nous serions heureux de voir inaugurer un genre de rapports pareils pour nos établissements.

J. M.

Verslag over den staat der Gestichten voor Krankzinnigen in Nederland gedurende de jaren 1882, 1883 en 1884.

Les nouveaux inspecteurs des asiles d'aliénés de la Hollande MM. Ruysch et Van Andel, nous donnent une preuve de grande activité depuis qu'ils ont été appelés à la tête du service de médecine mentale dans leur pays. À peine avions-nous pu examiner le rapport général qu'ils avaient fait sur les asiles pendant les années 1879, 1880 et 1881, qu'ils nous en fournissent un nouveau sur les trois années suivantes. Ils nous montrent qu'ils ont hâte à rattraper l'arriéré de leurs prédécesseurs. Nous les en félicitons d'autant plus qu'ils pourront bientôt entreprendre une œuvre personnelle et nous montrer leurs opinions au sujet de l'important service de médecine mentale en Néerlande, des modifications qu'ils voudraient y apporter et du fonctionnement de la loi de 1884.

Le rapport actuel s'étend à peu près jusqu'au jour de la promulgation de la nouvelle loi (1^{er} octobre 1884) sur le régime des aliénés. Les inspecteurs ont profité de l'occasion qui leur était offerte de publier le texte de cette loi et pour exposer les objections qu'un de leurs prédécesseurs, M. Ramaer, avait faites sur l'ancienne loi.

Ils mentionnent dans leur travail de notables améliorations, ayant trait spécialement aux récréations des aliénés, au développement des malades. Avec des preuves à l'appui, ils constatent une grande et heureuse rivalité entre les principaux établissements.

Pendant ces trois années, il y a eu 3395 entrées (1728 H. et 1667 F.), 1322 décès (677 H. et 645 F.), 1196 guérisons (536 H. et 660 F.) et 564 sorties sans guérison (316 H. et 248 F.). Il y eût en tout 17146 aliénés en traitement (8366 H. et 8780 F.). — Au 31 décembre 1884, les asiles hollandais renfermaient encore 4771 aliénés (2337 H. et 2434 F.).

J. M.

BIBLIOGRAPHIE.

Dr Wilh. Griesinger's Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studirende. 5^e Auflage. Gänzlich umgearbeitet und erweitert vom Dr Wilh. Levinstein-Schlegel, dirigirender Arzt der Heil- und Pflege-anstalt Schöneberg-Berlin. Mit vier Abbildungen und eine Figurentafel (Berlin, August Hirschwald, 1892).

Malgré les nombreux traités de psychiatrie parus dans ces dernières années en Allemagne et en Autriche, celui de Griesinger est toujours resté en faveur. Le Dr Levinstein a compris que l'œuvre si précieuse de l'immortel aliéniste allemand ne pouvait tomber dans l'oubli; il a compris que les bases fondamentales de ce travail étaient trop solides pour essayer de les ébranler; il a compris enfin qu'il devait à ce génie non seulement une reconnaissance éternelle mais qu'il se sentait obligé de lui témoigner une marque de piété quasi-filiale.

Pénétré de ce noble sentiment, il a respecté ce qu'il y avait de plus précieux dans cette œuvre qui reçut les honneurs d'une traduction en un grand nombre de langues étrangères; il a étudié les travaux psychiatriques les plus justement considérés, ceux de von Krafft-Ebing, Schüle, Arndt, Emminghaus, Kræpelin, Salgó, Savage-Knecht, Meynert, Fürstner, Wernicke, Sander, Joly et d'autres encore; il y a ajouté les fruits de sa vaste expérience.

Après avoir expliqué la situation actuelle de la science psychiatrique et en avoir tracé l'histoire depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, essentiellement d'après les recherches de Kirchhoff, l'auteur entame l'étude des maladies mentales. Il débute par les troubles élémentaires tant au point de vue physiologique qu'au point de vue pathologique, y comprenant naturellement les anomalies. Dans les troubles de la sensibilité nous rencontrons les états dépressifs, la phrénalgie ou la psychalgie, l'angoisse, l'hyperesthésie psychique, l'augmentation, la diminution ou la perversion de la sensibilité.

Le chapitre des troubles de l'idéation commence par les vues de Meynert sur le processus physiologique de la pensée avec les observations de von Krafft-Ebing, d'Emminghaus et de Savage. Elles

sont suivies de la description des anomalies, de l'augmentation et de la diminution de la faculté intuitive, des troubles de l'association, des troubles combinés de la représentation et de l'idéation (délire, incohérence, démence), des troubles du sentiment déjà si bien décrits par von Krafft-Ebing, des troubles de la mémoire (l'hypermnésie, l'amnésie, constante ou alternante, les aberrations), des anomalies fonctionnelles des organes des sens, des illusions, des hallucinations et des actions combinées de ces anomalies.

La description des troubles de la volonté comprend d'abord une étude préalable physio-pathologique avant de présenter les impulsions pathologiques connues sous le nom de monomanies, les altérations de la volonté, les troubles psycho-moteurs, également si bien décrits dans von Krafft-Ebing, et qu'on rencontre chez les maniaques comme chez les mélancoliques et les délirants, les anomalies des fonctions végétatives, y compris les fonctions sexuelles, les phénomènes résultant de l'augmentation de l'excitabilité réflexe.

Les troubles des fonctions sensibles, motrices, vaso-motrices, trophiques, sécrétoires, circulatoires et respiratoires constituent un nouveau chapitre. Chacune de ces fonctions y est passée en revue d'abord à un point de vue général puis au point de vue des troubles qu'elles peuvent présenter dans la domaine de la vie psychique. C'est à cette partie du travail que se trouvent joints les troubles du sensorium et de l'intelligence.

Après avoir entretenu le lecteur des signes caractéristiques de la folie, l'auteur procède à l'examen méthodique de l'aliéné. Ce chapitre, à part quelques détails empruntés à Scholz et à Rieger, rappelle le procédé d'examen de von Krafft-Ebing qui a été résumé dans notre Bulletin et qui a été suivi pour la confection des registres cliniques prescrits pour les asiles d'aliénés en Belgique.

L'étude du diagnostic général comprend en dehors des considérations générales sur la recherche de la cause, l'examen des symptômes psychiques, la simulation et la dissimulation, le diagnostic avec d'autres maladies cérébrales, l'examen des différents troubles morbides que comporte la médecine mentale et le diagnostic de la curabilité.

Ainsi se termine la première partie de l'ouvrage que nous appelons la pathologie générale.

La deuxième partie débute par un chapitre très important et très étendu de l'étiologie. On jugera des soins qui y ont été consacrés en déclarant que l'auteur y a sacrifié une centaine de pages et qu'il y a passé en revue presque toute la littérature médicale sur cette question. Aussi ne pouvons-nous laisser passer cette observation que le médecin-aliéniste qui s'occupe exclusivement des maladies mentales sans avoir sacrifié une partie de son existence médicale à l'étude

*

de la pathologie générale et de la pratique ordinaire doit rencontrer beaucoup de déboires dans sa spécialité.

La description des formes morbides suit l'étiologie. L'auteur ne discute pas les diverses classifications proposées jusqu'ici et s'en tient à celle de Kahlbaum. Dans les psychoses proprement dites, il distingue les psychoses simples qui comprennent les troubles de la sensibilité (mélancolie simple et manie simple), les troubles de l'intelligence (*Paranoïa* et *acute hallucinatorische Verwirrtheit*) et les troubles de la volonté. — Dans les psychoses complexes ou totales, il range la folie paralytique, la katatonie, la folie héréditaire (qu'il subdivise en folie transitoire, folie périodique et folie circulaire) et les folies réflexes ou consensuelles, c'est-à-dire la folie périodique secondaire, la folie de la menstruation, la folie de la grossesse, la folie de la lactation, la folie traumatique, la folie névralgique et la folie épileptique. — Dans les folies par intoxication il comprend le morphinisme, le cocaïnisme, l'alcoolisme, le saturnisme, la folie puerpérale, la folie syphilitique, le délire aigu, le délire asthénique. Dans les psycho-névroses ne sont rangées que l'hystérie et la neurasthénie, l'hypocondrie se trouvant comprise dans cette dernière rubrique et l'auteur la considérant à raison comme une neurasthénie de nature spéciale. — Les biopathies comprennent les psychoses de l'enfance, l'idiotie et le crétinisme, la folie de la puberté, la folie climatérique et la démence sénile. La classification de Kahlbaum est ainsi la preuve la plus éclatante de l'importance de l'étude de l'étiologie en médecine mentale.

La marche et le pronostic des psychoses sont exposés d'une manière méthodique. L'auteur y considère à la fois la nature de la forme morbide, la cause qui y a donné lieu et tous les autres facteurs qui ont quelque influence sur la terminaison heureuse ou fatale de la maladie.

Il arrive ainsi à la thérapeutique des psychoses, une des parties les plus importantes pour les psychiatres. Après avoir démontré la connexion existante entre le traitement somatique et le traitement psychique, après avoir fait ressortir combien il importe que le traitement soit institué dès le début et qu'il soit individuel, — et que les causes qui ont engendré la folie soient annihilées dans le plus bref délai, l'auteur décrit le traitement somatique, y compris la diététique et le traitement psychique. Il ne sera pas inutile de constater ici que l'auteur va jusqu'à appeler l'attention sur le traitement à instituer dans les différentes périodes de la maladie et même sur quelques symptômes isolés.

L'auteur passe encore en revue le traitement dans les asiles d'aliénés, dans les familles, dans les colonies. Le traitement des alcoolisés dans les asiles trouve une description spéciale. Il décrit enfin

les conditions requises pour monter un établissement d'aliénés, public ou privé.

L'exposition du plan de l'ouvrage nous excusera si nous ne sommes pas entré dans des détails particuliers. Notre opinion au sujet de cette œuvre est qu'elle a été conçue dans le sens le plus large possible et qu'on y rencontre absolument toutes les vues exposés aussi bien dans la littérature germanique que dans les travaux français, italiens et russes.

Le Dr Levinstein ne nous permettra pas de dire que l'œuvre de Griesinger se trouve complètement refondue et qu'elle ressemble plutôt à une œuvre nouvelle, une œuvre aussi complète qu'on pourrait se l'imaginer, en tant qu'œuvre classique. Il en est néanmoins ainsi. Ce qui en rehausse la valeur et ce qui permet encore d'en juger, c'est l'adjonction d'une table des matières par ordre alphabétique, la plus complète qui existe et qui occupe environ une centaine de pages à deux colonnes.

Nous ne pourrions quitter cette nouvelle et heureuse acquisition sans rendre un hommage spécial à l'éditeur, M. Hirschwald. L'exécution typographique ne laisse absolument rien à désirer.

J. M.

Grundriss einer Geschichte der deutschen Irrenpflege, von
Dr THEOD. KIRCHHOFF, Privat-docent an der Universität Kiel
(Berlin, Aug. Hirschwald).

Sous le titre modeste de « Grundriss » l'auteur présente l'histoire complète de l'assistance des aliénés en Allemagne.

Après avoir exposé la situation de cette assistance au moyen-âge aussi bien dans l'Allemagne du Nord que dans l'Allemagne du Sud, et fait connaître l'état de la question essentiellement à Nuremberg, Franckfort-sur-le-Mein et Brunswick, Elbing, Thorn, Lübeck et Hambourg, Kirchhoff résume en déclarant que la proportion d'aliénés y était relativement petite; il insiste d'une manière particulière sur les modes empiriques de traitement et sur les influences religieuses de l'époque. Il nous conduit ainsi aux épidémies psychiques, aux démoniaques de l'époque. Inutile de relater qu'à cette époque l'intervention médicale était nulle. Au seizième siècle, la correction était le seul moyen connu contre la chorée. La trépanation d'un mélancolique au treizième siècle était un fait isolé.

La démonologie et la sorcellerie font la deuxième partie de l'ouvrage. Ici l'auteur éprouve le besoin d'exposer les deux questions à partir de l'antiquité et décrit la part qu'a prise le christianisme dans la démonologie. Dans le chapitre de la sorcellerie, il étudie le nombre et les formes morbides des aliénés qu'on rencontrait à cette époque,

l'influence de Paracelse, de Weyer, de Plater et de Luther et la part qu'elle a prise dans la transformation de l'assistance des aliénés dans les derniers temps. Il était impossible à l'auteur de terminer ce chapitre sans rappeler à ses lecteurs la situation de la sorcellerie en France pendant la même période.

La revue de l'assistance des aliénés des derniers temps occupe le troisième chapitre. On y lit que ce n'est qu'au seizième siècle qu'on trouve la première mention d'un aliéné admis dans un hôpital. Jusqu'au dix-huitième siècle aucun médecin n'avait pris l'initiative de la protection de ces malheureux; il n'en avait pas pour ainsi dire l'occasion puisqu'ils se rencontraient le plus souvent dans les prisons où les médecins étaient jugés inutiles. On les retrouve ultérieurement dans les institutions de bienfaisance dirigées par des religieux. Passant alors en revue ce que les archives de Nuremberg, Francfort-sur-le-Mein et ses environs, Brunswick, le Schleswig-Holstein, Hambourg, Lübeck, Mecklenbourg, Brandebourg et Berlin relatent, non seulement au sujet des aliénés, mais encore des prisonniers et des suicides, l'auteur arrive au dix-neuvième siècle. La lecture de ce chapitre offre un contraste frappant avec l'histoire des aliénés dans les siècles précédents. Les progrès réalisés dans l'assistance de ces malheureux forment une des plus belles pages de l'histoire de notre siècle. Le Dr Kirchhoff termine son travail par une revue sur l'assistance des aliénés en Autriche, en Suisse et des principaux autres pays de l'Europe.

On ne peut s'imaginer la somme d'activité et de persévérance qu'il a fallu à l'auteur pour faire un travail historique aussi complet et pour avoir tracé, avec un si grand talent, le courant de la science psychiatrique dans les temps modernes. Les médecins aliénistes doivent lui savoir gré de leur avoir donné un si heureux complément pour leur bibliothèque.

J. M.

Nouvelles recherches de psychiatrie et d'anthropologie criminelle,
par le prof. LOMBROSO, de Turin (Félix Alcan, Paris, 1892).

Il y a à peine un an que Lombroso publiait comme suite à son travail *L'homme criminel*, les résultats des derniers progrès de l'anthropologie criminelle. Aujourd'hui l'auteur publie un nouveau volume dont il a modifié heureusement le titre et relatant les principaux travaux publiés depuis quelques mois sur la matière. Lombroso y montre que la critique n'a pas manqué à son œuvre; il essaie d'y répondre par de nombreux arguments et ne veut s'arrêter, pour nous servir de son expression, un seul instant, dans le travail incessant de renouvellement juridique et psychiatrique auquel il s'est voué. Il ne veut s'avouer vaincu et ensevelir avec lui

tout le travail de sa vie. On voit que le sujet reste de toute actualité et on ne saurait trop louer l'auteur, quelque soit le résultat de son entreprise, de l'étude qu'il a commencée et qui finira, dans un bref délai, par une solution définitive. Nous lui devons en tout cas une dette de reconnaissance.

J. M.

Die Localisation psychischer Störungen, Habilitationsschrift zur Erlangung der Venia docendi in der Psychiatrie, par le Dr KIRCHHOFF (Kiel, Schmidt und Klaunig).

Il serait assez difficile de jeter un coup d'œil dans ce travail qui expose d'une manière très concise mais à la fois très claire l'état actuel de nos connaissances de tous les troubles nerveux et psychiques susceptibles de quelque localisation. En présentant sa thèse, qui n'occupe qu'une trentaine de pages, le Dr Kirchhoff a embrassé toutes les questions relatives à son sujet. En la lisant, on est étonné non seulement de ses vastes connaissances mais encore de la manière systématique et rationnelle dont il a pu enchaîner les matériaux.

J. M.

Die Therapie der Geisteskrankheiten. Klinischer Vortrag von prof. Freiherr von KRAFFT-EBING, 1891.

Il serait difficile de donner une idée exacte de la conférence donnée par le savant psychiatre de Vienne. Quiconque connaît ses travaux sait combien le grand clinicien attache de l'importance à exposer sa matière d'une manière telle qu'il n'y a presque rien à en retrancher. On peut d'ailleurs connaître les grandes lignes de sa thérapeutique des maladies mentales en consultant son dernier traité de psychiatrie paru en 1890. On peut en avoir une autre preuve en lisant l'article « L'insomnie et les hypnotiques » à la page 108 du présent Bulletin.

J. M.

Album des centres nerveux, par les Drs DE BIERRE et DOUMER, professeurs à la Faculté de médecine de Lille (Paris, Félix Alcan, 1892).

Cet album se compose de quarante-huit figures schématiques, avec légendes explicatives; il rendra les plus grands services aux étudiants en médecine pour étudier ou repasser rapidement les différentes vues d'ensemble et les coupes classiques du cerveau. Le prix modique de cet album (1 fr. 50) permet de le prendre comme complément de tous les cours d'anatomie et particulièrement de l'*album stéréoscopique des centres nerveux* des mêmes auteurs, chacune de ses figures correspondant à une des préparations représentées dans les photographies stéréoscopiques.

VARIÉTÉS.

Programme du Congrès International d'Anthropologie criminelle

QUI SE TIENDRA A BRUXELLES DU 7 AU 14 AOUT 1892.

1^{re} SÉRIE.

Thèses mises en discussion dont les rapports préalables seront publiés et transmis avant le 1^{er} juillet 1892 à tous les adhérents souscripteurs.

TEXTE.	RAPPORTEURS.
<i>Anthropologie criminelle.</i>	
Existe-t-il un type criminel anatomiquement déterminé	D ^r HOUZÉ, président de la Société d'Anthropologie à Bruxelles.
Étude critique des caractères du criminel né	D ^r BROUARDEL, doyen de la faculté de Paris.
Pluralité des types de criminels nés.	D ^r VAN DEVENTER, médecin en chef de l'as. d'al. à Amsterdam.
Origine morbide des caractères reconnus chez les criminels nés	D ^r JELGERSMA, aliéniste à Meeremberg (Hollande).
Conditions physiques de la délinquance	FERRI, professeur de droit à l'Université de Pise.
Des caractères de la criminalité chez la femme	D ^r CESARE LOMBROSO, professeur à l'Université de Turin.
Des caractères de l'incorrigibilité	
<i>Psychologie et psycho-pathologie criminelles.</i>	
L'obsession criminelle morbide	D ^r MAGNAN, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, à Paris.
L'obsession du meurtre	D ^r LADAME, de Genève.
Les suggestions criminelles et la responsabilité pénale	D ^r BENEDIKT, professeur à l'Université de Vienne;
	D ^r VOISIN, médecin de la Salpêtrière à Paris;
	D ^r BÉRILLON, à Paris.
Le délit collectif (criminalité des foules et des sectes)	TARDE, juge d'instruction à Sarlat (Dordogne) France.
La préméditation et la récidive comme circonstance atténuante (obsession)	D ^r SEMAL.
Le mobile du crime chez l'enfant et l'adolescent	D ^r MOTET, médecin-expert à Paris.

TEXTE.	RAPPORTEURS.
<i>Sociologie criminelle.</i> De l'homicide dans ses rapports avec la race en Europe La délinquance dans l'histoire et dans la politique Influence de la crise économique actuelle sur la délinquance Influence des professions sur la criminalité De l'importance respective des éléments sociaux et des éléments anthropologiques dans le problème de la pénalité <i>Applications légales et administratives de l'Anthropologie criminelle.</i> Aperçu des applications de l'anthropologie criminelle Des mesures applicables aux incorrigibles et de l'autorité apte à en fixer le choix De la nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains délinquants comme un devoir de l'instruction à leur charge L'inversion génitale et la législation . Les prisons asiles et les réformes pénales qu'elles entraînent	Professeur ENRICO FERRI. Chev^r EDMOND MAYOR, secrétaire du Congrès de Rome. H. DENIS, professeur d'économie politique à l'Université de Bruxelles. D^r COUTAGNE, médecin-expert à Lyon. M. GAUCKLER, professeur de droit criminel à la faculté de Caen. Baron GAROFALO, président du Tribunal de Ferrare; D^r VON LITSZT, professeur à l'Université de Halle; Professeur BENEDICKT, de Vienne. D^r VAN HAMEL, professeur de droit criminel à l'Université d'Amsterdam; ALIMENA, avocat à Naples; F. THIRY, professeur de droit criminel à l'Université de Liège. D^r PAUL GARNIER, médecin en chef de la Préfecture à Paris. D^r MENDEL, professeur à Berlin. D^r DEBOECK et M. PAUL OULET, avocat à Bruxelles.

2^e SÉRIE.

Communications ne faisant pas l'objet de rapports préalables et qui seront lus en séance du Congrès.

TEXTE.	AUTEURS.
Des principes fondamentaux de l'école d'anthropologie criminelle.	Dimitri DRILL, avocat et publiciste à Moscou.
Insuffisance des mesures crâniométriques en usage pour la mensuration des crânes pathologiques.	Professeur BENEDIKT.
Nécessité des mêmes mesures pour la mensuration des crânes normaux et pathologiques.	D ^r HOUZÉ.
L'innéité et l'hérédité du crime.	D ^r MANOUVRIER, prof. à l'école d'anthropologie de Paris.
Étiologie fonctionnelle du crime.	D ^r DALLEMAGNE, à Bruxelles.
Du suicide et de la folie chez les délinquants.	D ^r SEMAL.
De l'influence de la simulation sur les accès réels de folie.	D ^r FÉRÉ, médecin de la Salpêtrière à Paris.
Les grands crimes politiques devant l'anthropologie.	D ^r ALVAREZ TALADRIZ, de Talladolid (Espagne).
(Sujet réservé.)	D ^r LACASSAGNE, professeur à l'Université de Lyon.
Des applications de l'anthropologie au droit civil.	M. Giulio FIORETTI, avocat à Naples.
Dans quelle mesure est-il désirable et praticable d'entreprendre des études de psychologie et de psycho-pathologie criminelles dans les prisons.	D ^r Professeur VAN HAMEL, d'Amsterdam et D ^r JELGERSMA, de Meeremberg.
Nécessité d'introduire l'étude de l'anthropologie criminelle dans les cliniques psycho-pathologiques et de la rendre obligatoire pour les futurs aliénistes et les futurs avocats.	D ^r WINCKLER, à Utrecht.
(Sujet réservé.)	M ^{me} Clémence ROYER.

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE.

N° 65. — Juin. 1892.

Société de Médecine mentale de Belgique.

Procès-verbal

de la séance ordinaire tenue au Palais de l'Université à
Bruxelles, le samedi 30 avril 1892

Sous la présidence du D^r VERMEULEN, Doyen d'âge. — D^r JUL. MOREL,
Secrétaire.

Assistent à la séance : MM. Boddaert, Cuyllits, De Boeck,
De Bruyn, D'Heygere, De Craene, De Rode, Francotte, Heger,
Houzé, Lefebvre, Lentz, Masoin, Morel, Moulaert, Peeters,
Semal, Vermeulen.

S'est fait excuser : M. Masius.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

1° Une lettre de M. le D^r Dineur remerciant la Société de
l'avoir associé à ses travaux.

2° Une lettre du Bureau du III^e Congrès international
d'Anthropologie criminelle qui se tiendra à Bruxelles du 7 au
18 août prochain, et invitant la Société de Médecine mentale
de Gand à s'y faire représenter. — A cette lettre était jointe
le programme du Congrès.

3° Une lettre du Collège des bourgmestre et échevins de la
ville de Gand, informant la Société que, par arrêté royal du

7 mars dernier, un subsidé de 600 francs lui est accordé pour l'aider à continuer sa publication.

4° Une lettre de M. le ministre de la Justice, en réponse à la lettre qui lui fut envoyée conformément à la décision prise dans la séance du mois de janvier dernier. — Pris pour notification.

TRAVAUX IMPRIMÉS.

La Société a reçu les travaux suivants :

1° *Célébration du cinquantième anniversaire de la fondation de l'Académie royale de médecine de Belgique, le 12 décembre 1891.* — Hommage du Bureau de ce corps savant.

2° De la part du prof. Benedikt, de Vienne :

A) *Offener Brief an Herrn Geheimrath Professor Waldeyer;*

B) *Zur Kenntniss der calorische Epilepsie;*

C) *Die "Methode Bonuzzi" zur Behandlung der Tabes;*

D) *Die electrostatische Behandlung der Strangurie;*

E) *La religion et la morale.* — M. De Rode est chargé de l'examen de ces travaux.

3° De M. le Dr Séglas :

A) *De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante;*

B) *Du mutisme mélancolique.* — M. le professeur Francotte se chargera de l'analyse de ces travaux.

4° De M. le professeur Popoff, de Varsovie :

Hémiatrophie faciale progressive. — M. De Boeck fera l'analyse de cette brochure.

5° De M. le Dr Dineur :

Recherches sur la sensibilité des leucocytes à l'électricité. — M. Moulaert est chargé de l'examen de ce travail.

6° De M. le Dr Edward N. Brush, de Baltimore :

Announcement of the Sheppard Asylum. A Hospital for mental diseases. — Ce travail est confié à M. Peeters, chargé de la revue des rapports des asiles d'aliénés.

TRAVAUX MANUSCRITS.

M. le D^r Francotte, professeur à l'université de Liège, fait la relation d'*Un cas d'idiotie crétinoïde*.

M. le Président, après avoir remercié l'auteur pour son intéressante communication, en propose l'impression dans le Bulletin. — Adopté.

M. le D^r Peeters demande l'insertion, pour le prochain Bulletin, d'une note : *Sur l'instruction professionnelle des gardiens des asiles d'aliénés*. — A la demande de l'auteur cette question fera l'objet d'une discussion et sera mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

ANALYSES D'OUVRAGES.

M. le professeur Boddaert donne lecture de l'analyse de l'ouvrage de M. le professeur Obersteiner, de Vienne : *Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande. Zweite umgearbeitete Auflage*.

M. le D^r Cuylits présente l'analyse du travail des D^{rs} Ramadier et Paul Sérieux : *Contribution à l'étude des stigmates physiques de dégénérés*.

Ces deux analyses seront publiées dans le prochain Bulletin.

RAPPORT SUR LA CANDIDATURE DE M. DEPESON.

Cette candidature a été présentée par MM. Peeters et Morel. M. Depeson, médecin-adjoint de la colonie de Lierneux, a sollicité son admission en vertu de l'art. 2 du Règlement de la Société de Médecine mentale. M. Peeters présente le rapport et propose l'admission du candidat dont il a fait personnellement la connaissance et dont il a pu apprécier le mérite. Le candidat remplace actuellement le directeur de la colonie, empêché de remplir ses fonctions pour cause de maladie.

NOMINATION DE NOUVEAUX MEMBRES.

Ont été proclamés :

1^o Membre titulaire : M. le D^r Claus, de Gand.

2^o Membre associé : M. le D^r Chaslin, de Paris.

3^o Membre honoraire : M. le D^r Slosse, de Bruxelles.

DISCUSSION

Sur la question : « Du rôle de l'influenza dans le développement des maladies du système nerveux en général. »

Cette discussion est remise à une prochaine séance en raison de l'absence de M. le professeur Lefebvre.

DISCUSSION

Sur « La responsabilité morale et pénale devant l'expertise médicale. »

M. HEGER. — L'honorable membre pense qu'on peut être unanime à admettre le principe posé par M. Semal; les opinions sont faites; s'il existe des divergences, ce ne peut être que sur quelques points de détail.

Toutefois il désirerait que les actes des membres soient désormais d'accord avec ce principe, c'est-à-dire que dorénavant dans nos rapports médico-légaux, nous ne sortions pas de notre mission. — La manière dont généralement on pose les questions, tend à nous faire usurper des fonctions qu'il ne nous appartient pas de remplir.

Lorsqu'on nous invite à nous prononcer sur la culpabilité ou la non-culpabilité d'un prévenu, on nous fait sortir de notre rôle et l'on veut nous faire participer aux fonctions de juge.

Il est vrai de dire que la question n'est pas toujours posée d'une façon aussi directe, aussi précise. Toutefois, on peut citer des cas, où sans détour aucun, on a demandé au médecin : « A vos yeux la prévenue est-elle coupable? »

En pareil cas, j'ai refusé catégoriquement de répondre. Mais généralement, on emploie une forme moins précise et l'on demande par exemple, au médecin si *le prévenu est complètement responsable*.

Or, je tiens à faire remarquer qu'en posant la question de cette manière on commet encore une erreur.

A vrai dire cela simplifie le problème :

Le prévenu est-il l'auteur du fait? — constatation purement matérielle et généralement facile à juger — en second lieu, le prévenu est-il complètement responsable?

Ce sont là les deux termes d'une équation dont le résultat est la condamnation.

Comme l'a fort bien dit M. Semal, notre rôle doit se borner à éclairer le juge le mieux possible; c'est notre devoir d'aider à faire sa conviction, de lui expliquer les symptômes des maladies dont il doit tenir compte pour apprécier la responsabilité du prévenu. Mais apprécier nous-mêmes cette responsabilité, c'est dépasser notre mission; en le faisant, nous sortons d'ailleurs du domaine scientifique.

Nous sommes des experts et en cette qualité, nous devons éclairer la religion de ceux qui sont appelés à juger; indiquer les antécédents de l'individu, les tares physiques, l'état mental, etc.

Mais dira-t-on, quand le médecin aura donné tous ces renseignements, l'appréciation de la responsabilité va découler d'elle-même?

Tant mieux si nous parvenons à être assez complets pour former ainsi l'opinion du juge; nous aurons par là rendu un grand service. Mais il lui appartient de dire si oui ou non l'individu est coupable. Quant à nous, nous ne devons pas sortir de notre mission en nous prononçant sur un sujet qui échappe à l'analyse scientifique.

En un mot, je voudrais que ce débat eût ce résultat, qu'à l'avenir, on pose aux médecins-légistes les questions comme elles doivent être posées. — Chacun remplira, ainsi les fonctions qui lui sont dévolues et les jugements seront bien rendus.

M. VERMEULEN. — Le juge n'a-t-il pas le droit de demander au médecin s'il y a responsabilité ou non?

Après avoir donné au juge tous les renseignements qui sont de nature à éclairer sa religion, le médecin, s'il a acquis la

conviction que l'individu est responsable, M. Heger voit-il des inconvénients à ce qu'il le déclare ?

M. HEGER. — Il ne peut, selon moi, y avoir d'obligation pour le médecin de déclarer qu'il y a responsabilité. La pensée qui guide M. Vermeulen est généreuse pour celui qui juge, mais nous n'avons pas à empiéter sur ses attributions.

Devons-nous parce que sa mission est souvent au-dessus des forces humaines, parce que son fardeau est trop lourd pour ses épaules, devons-nous généreusement nous offrir à en prendre une part ?

J'estime que nous ne pouvons pas le faire.

M. SEMAL. — Quand l'irresponsabilité est absolue, qu'elle découle nettement de l'exposé qu'a fait le médecin, il est assez indifférent que celui-ci se prononce. Je suis d'avis cependant qu'il convient de laisser au juge, le soin de conclure, puisque, généralement, quand l'individu est reconnu atteint d'aliénation mentale, il n'est pas traduit devant les assises. Dans mon rapport, j'ai insisté principalement sur la question *de la responsabilité limitée et atténuée* car nous ne pouvons la résoudre sans sortir de notre rôle de médecin.

Ce rôle doit se borner à décrire le plus complètement possible la maladie du prévenu, à démontrer, surtout, qu'il est réellement malade, à donner, enfin, des renseignements sur sa famille, sur ses antécédents, à faire en un mot son observation clinique.

Voilà tout.

Nous livrer à des considérations extra-scientifiques, c'est nous exposer à tomber dans un piège et c'est faire l'ouvrage du juge, ou du jury.

M. VERMEULEN. — Je dois déclarer que dans mon ressort je n'ai jamais eu de difficultés avec le juge d'instruction.

Il pose généralement la question de cette manière : *Faites connaître l'état mental du prévenu ?*

M. HEGER. — Voilà comment la question devrait toujours être posée !

M. MOREL. — C'est le juge qui embarrasse souvent le

médecin par la manière dont il pose la question et qui exige une solution conformément aux termes de sa réquisition.

M. SEMAL. — Parfaitement, et c'est ce que je signale dans mon rapport. Comme le dit M. Heger, il faudrait arriver à faire comprendre cela aux juges d'instruction.

M. LENTZ ne saurait se ranger à l'avis de MM. Semal et Heger ; il estime qu'il serait dangereux de soumettre au jury des questions d'une aussi grave portée que celle qui sont relatives à la responsabilité. Il ne saurait admettre que des personnes absolument incompetentes puissent se prononcer en connaissance de cause sur des situations morales et mentales aussi complexes et qui nécessitent des études approfondies. Il admet volontiers qu'il soit téméraire, même pour nous, médecins et philosophes, de vouloir décider si le malade était ou non responsable à un moment donné, mais il se demande si le jury, tel qu'il est composé, est plus compétent que nous, et il trouve presque déraisonnable de vouloir soumettre des décisions difficiles et ardues à un corps ignorant alors que l'on possède somme toute, un corps instruit pour les éclaircir, et ce, sous le prétexte fallacieux que ce dernier ne saurait les résoudre à la perfection.

Il admettrait peut-être encore l'opinion de ses collègues, si dans l'état de la science mentale, le médecin pouvait toujours aboutir à cette conclusion catégorique : aliéné ou non aliéné. Mais combien peu nombreux sont les cas de ce genre. Que fera le jury dans les cas si fréquents aujourd'hui qui constituent les frontières de la raison et de la folie. Le médecin pourra-t-il venir dire au jury que tel homme érudit, qui sous l'influence de phénomènes névropathiques ou neurasthéniques aura commis un acte répréhensible, est un fou ! Croyez-vous que le jury veuille admettre comme aliéné le fils de famille qu'une dégénérescence morale ou mentale aura instinctivement poussé aux actes les plus blâmables ? Le jury ne voudra voir que le vice là où il y a réellement déviation de la normale et vous arriverez à condamner là où il fallait innocenter.

Je cherche en vain où serait le progrès.

A moins que dans votre rapport médical vous n'alliez au-delà de ce que vous semblez vouloir admettre, et qu'en exposant l'état mental et moral de l'inculpé sous toutes ses faces, vous examinez et discutez en même temps quelle a été la relation entre cet état et l'accomplissement de l'acte incriminé : Or qu'est-ce à dire autrement que d'exposer la responsabilité du malade ; vous exposerez la chose, mais vous éviterez le mot. La responsabilité ne me paraît être que la relation entre l'acte commis et le degré de volonté de celui qui l'a commis ; exposer et discuter cette relation, c'est fatalement établir la mesure de la responsabilité, pour autant que les conventions actuelles puissent en faire admettre l'existence.

M. MOREL fait observer que lorsqu'une cause quelconque se présente devant une Cour d'assises le rapport médico-légal dont il est fait lecture a passé successivement par les mains du magistrat instructeur et par celles des Chambres d'instruction. Si ces magistrats n'ont pas acquis la conviction de la culpabilité de l'individu il y a renvoi des poursuites ; ce n'est donc que dans le cas contraire que la cause est déférée à la Cour d'assises, alors conséquemment qu'une opinion a déjà été faite par des hommes dont la valeur scientifique peut-être considérée comme supérieure à celle des membres qui constituent le Jury.

M. HEGER constate que M. Lentz ne fait que critiquer l'institution du Jury. Avec M. Semal il déclare que le médecin aliéniste doit se borner à fournir au Jury tous les renseignements désirables.

M. LENTZ préférerait que les médecins aliénistes assument la responsabilité sur la décision à prendre.

M. HEGER proteste et répète que la réforme préconisée n'a d'autre but que de remettre chacun dans son rôle. Il cite à l'appui de son opinion celle de M. Nypels qui déclare qu'il faut laisser aux médecins et aux magistrats leur rôle réciproque. Les aliénistes n'auraient pas à se préoccuper de la solution définitive.

M. LENTZ ne voit pas dans la réforme projetée un véritable progrès; il croit plutôt au contraire. Avec M. Cuylits, il fait ressortir que dans bien des cas, surtout dans les cas douteux et chez les individus sur qui pèse une certaine hérédité, il surgit des difficultés telles que le médecin-aliéniste ne pourrait lui-même trancher la question de la responsabilité et se demande comment le Jury parviendra à se faire une idée nette sur l'état mental de l'inculpé.

Vu l'heure avancée, la séance est levée; il est décidé que la discussion *sur la question de la responsabilité morale et pénale devant l'expertise médicale* sera continuée à la prochaine séance qui aura lieu au palais de l'Université, le samedi 30 juillet 1892.

Le Secrétaire,
D^r JUL. MOREL.

Le Président f. f.,
D^r VERMEULEN.

L'INSTRUCTION PROFESSIONNELLE

DU PERSONNEL DE SURVEILLANCE

CHEZ LES ALIÉNÉS

PAR

Le Dr J. Al. PEETERS, membre titulaire.

Tout a été dit sur l'importance du rôle de l'infirmier dans le traitement de l'aliénation mentale et sur la nécessité d'avoir un personnel à la hauteur de la tâche qui lui est confiée. On a toujours admis que les surveillants doivent présenter des dispositions particulières, des conditions spéciales de caractère et de moralité; on ne pouvait pas ne pas reconnaître qu'il leur faut en même temps des notions sur les soins à donner aux malades en général et aux aliénés en particulier. Mais, il faut bien le dire, l'instruction professionnelle du personnel des asiles d'aliénés a été trop longtemps perdue de vue. Il en a été de même à Gheel, dont la population, grâce à des habitudes séculaires et à un entraînement spécial, possède des qualités morales qui la rendent merveilleusement apte à soigner des aliénés. Cependant ces qualités doivent en partie rester stériles chez le nourricier qui ne connaît pas tous ses devoirs et qui ignore de quel côté il doit porter son attention et son activité. Quels sont les symptômes et le traitement de la folie en général? Quels sont les symptômes et le traitement des diverses espèces d'aliénation mentale? Quels sont les soins corporels que réclament les aliénés? Quelles sont les maladies corporelles auxquelles ils sont surtout exposés et les particularités que présente la symptomatologie? Quels sont les acci-

dents dont les aliénés sont particulièrement menacés et les secours à administrer d'urgence? Voilà des points, et il est impossible de les indiquer tous, sur lesquels le surveillant de l'aliéné devrait avoir au moins des indications sommaires.

La question de l'instruction du personnel a beaucoup occupé dans les derniers temps les médecins aliénistes de divers pays. Dans beaucoup d'établissements des États-Unis, les surveillants sont invités à assister aux conférences données par les médecins sur les principaux points du traitement physique et moral des aliénés. Il en est de même en Angleterre : une commission de médecins forme un jury d'examen devant lequel se présentent les personnes qui désirent obtenir le diplôme d'aptitude aux fonctions d'infirmier.

A Paris, depuis 1878, des écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières ont été organisées.

Nos confrères néerlandais étudient activement les moyens de développer l'enseignement professionnel du personnel des asiles. Il faut citer en tête le docteur van Deventer, directeur du Buitengasthuis, à Amsterdam, qui est parvenu à faire soigner ses aliénés par un personnel de tout premier ordre, comprenant des dames des bonnes classes de la société.

En Belgique aussi quelque chose a été fait pour donner une instruction convenable aux surveillants des maisons de santé. Notre regretté collègue, le docteur Ingels, si dévoué à ses malades, avait, en 1863, traduit à l'usage de ses infirmiers les instructions rédigées par le docteur Willing, de l'asile de Siegburg, dans la Prusse Rhénane. Le personnel de l'asile de Tournai a en mains un petit règlement donnant les indications indispensables sur la conduite à tenir à l'égard des aliénés. J'ai moi-même, dans une série de conférences données aux nourriciers de la colonie, passé en revue les devoirs des personnes qui s'occupent des soins à donner aux aliénés.

Je pense que c'est à peu près tout, et ce n'est pas assez.

Notre dévouement à nos malades, les exemples donnés par les médecins d'autres pays doivent nous engager à nous

mettre à l'œuvre et à cultiver un terrain où il y a encore de riches moissons à récolter.

Dans mon intention, cette note est appelée à servir d'introduction à une discussion approfondie sur les moyens à mettre en œuvre pour généraliser et compléter l'instruction professionnelle du personnel de surveillance des asiles belges.

Clinique des maladies mentales de l'Université de Liège.

UN
CAS D'IDIOTIE CRÉTINOÏDE

PAR

Le Professeur FRANCOTTE, membre titulaire.

L'observation que je vais relater est un exemple de la maladie désignée sous le nom de *crétinisme sporadique*, *d'idiotie crétinoïde avec cachexie pachydermique*, de *pachydermie crétinoïde*, *d'idiotie myxœdémateuse*.

OBSERVATION.

Henri B... est né à Liège, le 1^{er} février 1870. L'accouchement s'est fait à terme et naturellement, après une grossesse qu'aucun accident n'a signalée.

Pendant la première année, on n'a rien observé d'anormal : l'enfant prenait bien le sein, avait l'expression de la physionomie et le regard naturels. Mais plus tard, on a constaté qu'il ne parlait pas, qu'il restait petit; il n'a marché que vers trois, quatre ans. La dentition s'est faite tardivement. L'arrêt du développement physique et mental est alors devenu de plus en plus manifeste.

L'existence du sujet s'est écoulée paisiblement, sans être traversée par aucune maladie sérieuse.

Le père, ouvrier noyateur, est âgé de 61 ans; il est bien portant, ne se livre pas à la boisson.

La mère est morte, il y a trois ans, à l'âge de 51 ans, d'un cancer à la matrice.

Trois autres enfants âgés respectivement de 20, de 14 et de 12 ans, jouissent d'une santé parfaite.

Il n'existe parmi les ascendants, ni maladies nerveuses, ni maladies mentales.

Le sujet est entré à l'hospice de Volière, à Liège, le 20 janvier 1891; le 21 août de la même année, il a été transféré à Lierneux où il vient de mourir, le 23 avril 1892.

EXAMEN. — La *taille* est de 84,5 centimètres. (Voir les photographies.)

Tête. Par rapport à la taille, la tête paraît très volumineuse : ses dimensions ne s'éloignent pas sensiblement de celles de l'adulte.

La circonférence horizontale mesure 54 centimètres.

On ne constate pas d'asymétrie.

La fontanelle antérieure est encore bien reconnaissable : à son niveau, il existe une dépression de l'étendue d'une pièce de 50 centimes.

La *chevelure* est assez clairsemée, surtout au sommet de la tête; les cheveux sont noirs, raides, secs (cheveux crins). La face et le reste du corps sont absolument glabres.

La *peau* de la face a une teinte jaunâtre, un aspect un peu luisant, œdématoïde; pas d'eczéma.

Les *paupières* sont tuméfiées, d'apparence œdémateuse et recouvrent presque complètement les globes oculaires; pas de blépharite.

Le *nez* est largement implanté : il présente une forte dépression à sa racine; sa longueur est de 2,5 centimètres, sa largeur de 3,5 centimètres, au niveau des orifices.

Les *pommettes* sont saillantes; les joues boursoufflées, flasques, pendantes.

L'*ouverture buccale* est considérable; elle mesure 49 millimètres.

Les *lèvres* sont volumineuses : l'inférieure est saillante, renversée en dehors; leur muqueuse présente une teinte cyanosée.

La *mâchoire inférieure* est fortement projetée en avant : du pli de la peau du cou à son point de rencontre avec la peau du



menton jusqu'à la pointe de ce dernier, on mesure 71 millimètres.

La *langue* est volumineuse.

Les *dents* sont en très mauvais état : plusieurs sont tombées; presque toutes sont rongées par la carie, déformées ou même réduites à un mince chicot.

L'écartement des *oreilles* est modéré; le pavillon est assez bien conformé : il semble cependant avoir subi une plicature au niveau de l'antitragus.

Tronc. — Le *cou* est court : on constate très nettement l'absence de la glande thyroïde.

Dans chaque espace sus-claviculaire, on constate une tuméfaction arrondie, de consistance molle, du volume d'un œuf de poule à gauche, un peu moins considérable à droite.

Le *thorax* est asymétrique, comme déprimé en sa partie médiane, d'où résulte une saillie des côtes inférieures, surtout prononcée à gauche.

La *colonne vertébrale* présente une cyphose au milieu de la région dorsale : dans la région lombaire, elle présente une scoliose bien prononcée.

La peau du dos est sèche, recouverte de squames.

Le *ventre* est volumineux, retombant sur les cuisses; sa plus grande circonférence qui se trouve à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic, mesure 73 1/2 centimètres.

Au niveau de l'ombilic, il existe une hernie qui fait une saillie de 1 1/2 centimètres. Pas de hernie inguinale.

Organes génitaux. — La verge est petite comme celle d'un enfant de trois ans.

Membres supérieurs de conformation à peu près normale, de dimension égale; leur longueur totale est de 41 centimètres :

Bras	16 centimètres.
Avant-bras	14 "
Main	11 "

Dans chacun des creux axillaires, on observe une petite tumeur, de consistance molle.

Les *membres inférieurs* présentent une incurvation, surtout marquée à gauche.

La peau est sèche, rugueuse, oedématisée; il existe des deux

côtés, surtout à gauche, un chevauchement du second orteil sur le premier.

La voûte plantaire est à peine marquée.

Les pieds sont froids, livides, épais.

Les ongles des orteils sont volumineux, difformes et présentent des frisures, des stries.

Les dimensions des membres inférieurs sont les suivantes :

	Gauche.	Droite.
Distance de l'épine iliaque à l'interligne de l'articulation du genou.	19 cent.	19,5 cent.
Distance de l'interligne de l'articulation du genou au bord inférieur de la malléole externe. . . .	20,0 „	21,0 „
Distance du bord inférieur de la malléole à l'extrémité du troisième orteil.	9,0 „	10,0 „

L'expression de la physionomie est celle d'un enfant.

Le sujet désigne par leur nom, la plupart des objets usuels ; mais les mots sont mal articulés.

La voix est rauque, étouffée, assez grave.

Il ne sait compter au delà de deux : suivant le commandement, il montre exactement un ou deux doigts : pour les chiffres supérieurs, il indique indifféremment un ou dix doigts.

On fixe assez facilement son attention.

Il a le caractère doux, paisible : il reconnaît les personnes de son entourage et accueille en souriant celles qui lui sont sympathiques.

Il n'est pas indifférent à sa toilette : quand on lui a mis sa belle robe, il ne manque pas de le faire remarquer au moyen du geste, et il se réjouit à l'annonce qu'il recevra de nouvelles chemises.

Il pleure rarement ; cela arrive d'ordinaire après la visite de ses parents ou quand on le contrarie.

Il passe toute la journée assis, s'amusant de l'un ou l'autre jouet, ne s'occupant guère de ce qui l'entoure.

La marche est difficile : il avance lentement et doit être aidé. Il peut se tenir droit lorsqu'il est appuyé.

Il mange peu : il n'a pas besoin d'aide, mais il procède avec une grande lenteur.

Il ne se salit jamais : il indique par un geste qu'il a besoin d'uriner ou d'aller à selle.

Les digestions sont normales, les selles régulières.

Souvent on constate de gros râles dans la poitrine : rien d'anormal du côté du cœur. Pas d'albumine dans les urines.

On n'a pas constaté de masturbation.

ÉPICRISE. — La maladie dont nous venons de relater l'observation, appartient évidemment aux idioties, puisqu'elle consiste en un arrêt de développement presque complet des facultés mentales.

D'autre part, elle présente des analogies incontestables avec le crétinisme : comme dans le crétinisme, l'arrêt de développement porte à la fois sur l'organisme et sur les facultés psychiques : le sujet offre les traits du crétin : nez épaté, bouche large, peau terreuse, face bouffie.

Aussi, certains auteurs (Ball ⁽¹⁾, Arnozan et Régis ⁽²⁾) considèrent les cas de l'espèce comme du crétinisme sporadique.

Mais la ressemblance avec le crétinisme n'est pas complète : tandis que dans ce dernier, on constate l'existence d'un gottre plus ou moins volumineux, ici on observe l'atrophie de la glande thyroïde.

En raison de cette différence, Bourneville se refuse à rattacher au crétinisme les cas dont il s'agit : il en fait une forme particulière d'idiotie, sous le nom d'*idiotie crétinoïde avec cachexie pachydermique* ⁽³⁾.

Outre l'absence de la glande thyroïde, il assigne à cette idiotie crétinoïde les caractères suivants :

1° Cheveux bruns-roux ou blonds-roux, gros, rudes, rares ;

(1) BALL, *Le crétin des Batignolles* (*L'Encéphale*, 1888, p. 85).

(2) ARNOZAN et RÉGIS, *Un cas de crétinisme sporadique* (*L'Encéphale*, 1888, p. 697).

(3) BOURNEVILLE et BRICON, *De l'idiotie compliquées de cachexie pachydermique* (*Archives de Neurologie*, t. XII, 1886, p. 137 et 192).

BOURNEVILLE, *Notes sommaires sur deux cas d'idiotie avec cachexie pachydermique (idiotie crétinoïde)* (*Archives de Neurologie*, t. XVI, 1888, p. 431).

BOURNEVILLE, *Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique (Idiotie myxœdémateuse)* (*Le Progrès médical*, 1889, n° 26 et suiv.).

- 2° Éruption eczémateuse du cuir chevelu;
- 3° Fontanelle antérieure persistante;
- 4° Dentition défectueuse et en retard;
- 5° Peau cirreuse, un peu jaunâtre, luisante, eczémateuse;
- 6° Partie inférieure des joues épaisse, comme tremblotante;
- 7° Masses pseudo-lipomateuses dans les creux sus-claviculaires et dans les aisselles;
- 8° Mains et pieds épais, boursoufflés, comme œdémateux;
- 9° Voix rauque, stridente, éraillée;
- 10° Fréquence des hernies inguinales et surtout ombilicales.

L'ensemble de ces caractères a été retrouvé par d'autres observateurs (Cousot ⁽¹⁾, Camuset ⁽²⁾).

Ils existaient pour la plupart chez notre malade.

Bourneville attribue les troubles de l'idiotie crétinoïde à l'absence du corps thyroïde.

Mais cette absence n'est pas constante : dans un cas cité par Bucknill et Tuke ⁽³⁾ et dans un autre rapporté par Arnozan et Régis, il existait un goître bien manifeste : de sorte que si la théorie qui assigne à l'idiotie crétinoïde une origine thyroïdienne est exacte, il faut admettre que ce n'est pas seulement l'absence de la glande, mais encore son altération qui est capable de la déterminer.

L'observation clinique et l'expérimentation physiologique fournissent en faveur de cette manière de voir, les plus fortes présomptions.

En effet, d'une part, dans le myxœdème, on a noté à diverses reprises des lésions profondes du corps thyroïde : d'autre part, l'ablation chirurgicale de cet organe donne lieu à

(¹) COUSOT, *Idiotie avec cachexie pachydermique* (*Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique*, année 1888, p. 356).

COUSOT, *Idiotie avec cachexie pachydermique (Idiotie myxœdémateuse)* (*Ibidem*, année 1891, p. 421).

(²) CAMUSET, *Un cas d'idiotie avec cachexie pachydermique* (*Archives de Neurologie*, t. XVII, 1889, p. 85).

(³) RÉGIS, *Manuel pratique de Médecine mentale*, 2^{me} édition, p. 330, Paris, 1892.

un ensemble de symptômes offrant d'étroites analogies avec l'idiotie crétinoïde.

Enfin, dans ces derniers temps, on a produit la cachexie pachydermique chez des singes en leur extirpant la glande thyroïde.

De ces différents faits, on est amené à admettre que le corps thyroïde a pour fonction d'éliminer ou de neutraliser certains produits nuisibles de la désassimilation et que le crétinisme, l'idiotie crétinoïde, la cachexie strumiprive sont le résultat de la rétention de ces produits par suite de la suppression ou de la perturbation de la dépuration thyroïdienne.

ANALYSES D'OUVRAGES.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES STIGMATES PHYSIQUES DE DÉGÉNÉRÉS,
par MM. RAMADIER et PAUL SÉRIEUX, médecins-adjoints des
asiles de la Seine.

Analyse par le Dr CUYLITS, membre titulaire.

Ce travail est *une note extraite des Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris* sur cinq cas de malformation spéciale de la poitrine (thorax en entonnoir). Cette malformation consiste essentiellement en une dépression de dimension variable située au niveau de la partie médiane et antérieure du thorax. Le sternum décrit un arc de cercle à concavité antérieure.

Ce n'est plus la poitrine en carène, si accoutumée du rachitique, c'est la poitrine en entonnoir, excavée et déprimée telle qu'elle serait si on la refoulait du poing, sa paroi antérieure étant supposée malléable et flexible.

On la dit rare. Il serait peut-être plus juste de dire qu'on s'en est peu occupé et que l'occasion manque de la reconnaître. Le sujet n'en a cure, cette anomalie ne le tourmentant pas. Il faut que quelque affection de poitrine pousse les investigations du médecin de ce côté pour que la déformation lui saute aux yeux. Qu'importe du reste!

Ce que les auteurs de cette notice entendent soutenir, c'est que la poitrine en entonnoir n'a rien de commun avec le rachitisme, c'est, qu'elle est un stigmate physique de dégénérescence.

Ils citent à l'appui de leur opinion, cinq observations où le sujet est chaque fois affecté de poitrine en entonnoir.

Dans la première, il s'agit d'un journalier de 85 ans, dont deux sœurs ont été aliénées, dont les fils ont également présenté des troubles mentaux, qui lui même à partir de 47 ans a eu à diverses reprises du délire ambitieux et a fini par mourir en état de démence.

Dans la seconde, il est question d'un sujet de 42 ans, issu d'une famille d'alcooliques dont le père s'est suicidé. Sa vie est marquée au coin de l'instabilité. Il a été interné à plusieurs reprises. Il présente un délire systématisé ambitieux et hypocondriaque.

Dans la troisième, nous notons que la malade est atteinte d'imbécillité, hydrocéphale — sourde — présentant des malformations symétriques aux mains, l'atrophie de l'avant-bras gauche, son incurvation, de l'hyperostose de l'olécrane et une cicatrice consécutive à un abcès.

Le quatrième malade, d'une intelligence peu développée est un alcoolique chronique qui présente en outre une malformation crânienne et un bec-de-lièvre.

La cinquième est un imbécile de 9 ans, fils de père déséquilibré et alcoolique, appartenant à une famille de buveurs. Il a le crâne informe. Il est prognathe et présente du reste de nombreux stigmates physiques de dégénérescence.

Je ne vous ai pas dit jusqu'ici (je l'avais omis à dessein) que dans chacun des cas cités, il est loisible de retrouver des signes d'altération profonde tantôt de la nutrition générale tantôt du système osseux en particulier.

Ainsi, dans le second cas, on relève une voûte palatine ogivale, une implantation vicieuse des dents; dans le premier, de l'ichthyose généralisée; dans le troisième de l'hydrocéphalie, l'atrophie et l'incurvation que j'allais qualifier de rachitique, si les auteurs ne me l'avaient défendu sévèrement, des os de l'avant-bras gauche et certaine hyperostose de l'olécrane avec une cicatrice consécutive à un abcès, et puis encore, comme si cela ne suffisait pas, une dentition mauvaise, des incisives et des canines inférieures érodées, petites, écartées les unes des autres, mal implantées.

Pas de lésions rachiatiques, ajoutent MM. Ramadier et Sérieux, en passant à la quatrième observation.

Ici je ne relève que l'existence d'un bec-de-lièvre et la malformation crânienne. Dans la cinquième le sujet est strumeux, il a l'implantation des dents vicieuse et celles-ci sont crénelées et cariées à l'âge de 9 ans.

Autant de symptômes que l'on dirait rachitiques, si les auteurs n'avaient foi en l'opinion du Dr Tripier, exposée dans le Dictionnaire de Dechambre.

Pour cet auteur, n'est rachitique que celui qui l'est des pieds à la tête. Permettez-moi de résumer ainsi pour ne pas être trop long, la doctrine exposée dans cet article. Le rachitisme ne pourrait s'affirmer que s'il laisse des traces tangibles sur la tête, les maxillaires, le tronc, le thorax (et ici d'une manière spéciale), l'abdomen et les membres. La poitrine du rachitique serait toujours en carène, et non point déprimée.

Mais à côté des formes graves du rachitisme où il semble que pas un os ne soit épargné n'y a-t-il pas des malformations partielles

qui n'en reconnaissent pas moins le même processus morbide, et sous ce rapport n'en est-il pas du rachitisme, comme de l'ostéomalacie, comme de toute affection générale, n'épargnant aucune partie d'un système déterminé mais ne se décélant à l'œil qu'en certains points où la malformation demeure plus évidente?

Je n'imagine pas qu'il faille plus longuement établir cette doctrine, opposer auteur à auteur, Lannelongue à Tripier ou invoquer Trousseau ou exhumer toute la littérature médicale concernant le rachitisme.

Cela n'est point nécessaire. Il est de notoriété qu'un enfant qui présente des nouures, ou une poitrine rachitique, ou en entonnoir doit être considéré comme rachitique. Il n'en sera que plus disposé à subir l'hérédité nerveuse morbide et l'on s'explique aisément qu'un père alcoolique engendre un fils qui soit à la fois rachitique et imbécile, l'une débilité encourageant l'autre. Sous ces réserves, nous dirons volontiers avec les auteurs de l'opuscule « les individus porteurs de la poitrine en entonnoir sont souvent aussi mal conformés au point de vue cérébral qu'au point de vue de leur système nerveux. Ce sont, pour la plupart, des dégénérés délirants ou non, des débiles, des imbéciles, des idiots, des épileptiques. »

Mais c'est là l'appoint qu'apporte le rachitisme à la débilité mentale; mais cinq cas en ces divers désordres apparaissant de front ne suffiront jamais à établir que la poitrine en entonnoir soit le stigmate physique du dégénéré.

ANLEITUNG BEIM STUDIUM DES BAUES DER NERVösen CENTRAL-ORGANE IM GESUNDEN UND KRANKEN ZUSTANDE, von D^r HEINRICH OBERSTEINER, k. k. a. ö. Professor a. d. Universität zu Wien.

Analyse par le D^r R. BODDAERT, membre titulaire.

M. le professeur Henri Obersteiner, de l'université de Vienne, a fait hommage à la Société de Médecine mentale de la seconde édition de son Introduction à l'étude de la structure du système nerveux central, considéré à l'état physiologique et à l'état morbide.

Un volume de 512 pages, à peu près exclusivement consacré à des détails de nature anatomique et à l'exposé des procédés de préparation, ne se prête guère à l'analyse; je me bornerai à faire connaître l'esprit dont l'auteur s'est animé dans la composition de son œuvre

et le plan qu'il s'est tracé; je signalerai de plus quelques parties qui me semblent devoir attirer plus spécialement notre attention.

Nous ne manquons pas de bons traités sur la matière, mais, comme le remarque M. Obersteiner, l'anatomie ne s'apprend pas dans les livres; elle se pratique dans les amphithéâtres. L'auteur s'est donc proposé avant tout de faire une œuvre didactique; il a voulu fournir à l'élève un fil conducteur à travers le dédale que constitue la structure si compliquée du système nerveux central.

A côté des détails anatomiques proprement dits, il décrit les procédés de préparation; il ne se borne pas à exposer simplement les résultats acquis; il fait aussi connaître la meilleure voie pour y arriver. De nombreuses figures doivent ici tenir lieu des démonstrations indispensables à un enseignement qui se base sur les faits; celles du travail de M. Obersteiner sont très claires et nettement exécutées; elles peuvent servir de modèle pour l'exécution des préparations. L'anatomie pathologique ne se trouve pas exclue, mais elle ne devait pas recevoir de bien grands développements; elle intervient parfois pour mieux fixer la portée et la signification des recherches d'anatomie normale. L'auteur fait ressortir l'importance pratique de son œuvre; il ne s'agit pas seulement de la neuropathologie proprement dite; des investigations récentes ont fait ressortir tout le profit que l'oculistique, l'otologie, la dermatologie même peuvent retirer de l'étude approfondie des organes nerveux centraux.

Dans la préface de la seconde édition, l'auteur nous apprend que l'usage de ce livre dans son laboratoire lui a permis de reconnaître jusqu'à quel point il s'est rapproché du but qu'il s'est proposé. Il a mis à profit les observations de ses élèves ainsi que les remarques critiques de la presse médicale pour corriger certaines parties défectueuses.

Il a tenu l'ouvrage à la hauteur du progrès scientifique; il l'a complété par les données nouvelles que ses recherches lui ont permis d'établir dans ces derniers temps. Les figures intercalées dans le texte ont reçu une meilleure disposition; le chapitre consacré aux méthodes d'investigation a été augmenté et en partie refait. L'étude de la détermination du poids du cerveau a été complètement remaniée.

Ce poids absolu varie d'après le sexe, l'âge, la longueur et le poids du corps, d'après les races et d'après certains états morbides. L'auteur présente quelques considérations très sommaires sur le poids de cet organe dans la série animale; il fait remarquer que la proportion qui existe entre le cerveau et la masse du corps est, par rapport à l'espèce humaine, supérieure chez quelques oiseaux chanteurs et certains singes de petite taille. Toutes les autres conditions

étant égales, le poids du cerveau est plus considérable chez les individus des groupes supérieurs de la société, adonnés aux travaux de l'esprit, moindre chez ceux qui appartiennent aux classes inférieures; mais ce poids, pourvu qu'il ne descende pas au dessous d'une certaine limite (1000 grammes pour l'homme, 900 grammes pour la femme), n'est pas dans un rapport constant avec le développement intellectuel. Ce chapitre se termine par quelques remarques sur les pesées des diverses parties du cerveau et sur la détermination de leur densité (méthode de Sankey).

De plus, M. Obersteiner s'est attaché à faire mieux ressortir la valeur de quelques faits anatomiques en les rapprochant de considérations physiologiques, qu'il a rendues nécessairement assez sommaires. Il a développé davantage l'exposé de l'embryogénie et de l'anatomie comparée, et, sans prétendre remplacer sous ce rapport les ouvrages spéciaux, il a traité avec plus de détails la partie anatomo-pathologique de son travail. Quelques figures défectueuses ont été changées; d'autres ont été ajoutées à celles de la première édition. Quant à l'index bibliographique, l'auteur a dû se limiter; il s'est borné à citer, dans la série des ouvrages anciens, ceux qui offrent le plus d'importance et, parmi les modernes, ceux qu'il a utilisés surtout pour la rédaction de son livre.

Le plan suivi par l'auteur se développe de la façon la plus logique. Au point de vue qu'il a adopté, il expose et discute d'abord les principales méthodes d'investigation et en fait ressortir l'importance. Chacune de ces méthodes a fait avancer d'un grand pas l'étude anatomique des centres nerveux. Elles se soutiennent et se complètent les unes les autres; toutes sont passibles d'objections et exposent à des erreurs; aucune d'elles ne peut donc être employée d'une manière exclusive.

La première et la plus ancienne, celle qui se base sur la dissociation du tissu des centres nerveux en faisceaux fibrillaires, peut mener à des conclusions inexactes, surtout quand on l'applique aux endroits où s'établit un entrecroisement de ces faisceaux.

L'auteur expose en détail la méthode des coupes transversales en séries plus ou moins continues; il traite à ce propos des procédés de durcissement et de fixation, des microtomes, des particularités de l'éclairage, de la coloration des préparations et de leur imprégnation métallique (acide hyperosmique, or, nitrate d'argent, sublimé).

Une troisième méthode, dans laquelle rentrent plusieurs procédés, comprend l'examen du système nerveux central à diverses phases de son évolution ou bien encore à l'état pathologique.

Au début de leur développement, les fibres nerveuses manquent de moelle; toutes ne se complètent pas en même temps. Cette parti-

cularité a été utilisée par Flechsig; elle lui a permis d'isoler et de délimiter les faisceaux nerveux, de décomposer ceux qui ont une apparence homogène.

La détermination de l'origine de certaines parties des centres nerveux permet d'en fixer la signification avec une plus grande exactitude.

L'examen des dégénération secondaires, dues à la rupture des connexions qui relient l'élément nerveux à son centre trophique, rentre aussi dans cette méthode.

Gudden a inauguré une voie nouvelle en étudiant les effets des lésions du système nerveux central ou périphérique chez les très jeunes animaux. On provoque ainsi des modifications de deux espèces; les unes se rapportent à l'atrophie consécutive, les autres à l'arrêt de développement. En se basant sur les mêmes principes, Mendel a opéré la destruction de certains muscles ou groupes musculaires et en a suivi les résultats.

D'après Marchi et Algeri, il convient de ne pas attendre, après l'extirpation d'un organe ou d'une partie d'organe appartenant au cerveau ou au système nerveux périphérique, la dégénération complète des éléments nerveux correspondants : il vaut mieux les saisir à une période moins avancée de cette transformation régressive, avant qu'ils ne soient complètement ratatinés, détruits, et par conséquent, méconnaissables.

La quatrième méthode se base sur l'anatomie comparée. L'activité fonctionnelle d'un organe est en rapport avec son développement anatomique. D'autre part, le système nerveux central se prête bien à l'étude chez les animaux inférieurs; la structure y est plus simple; il est ainsi plus facile d'en déterminer la signification. Edinger a combiné ces recherches avec celles qui relèvent de l'embryogénie; il a étudié, dans ses premières phases, l'évolution des centres nerveux chez les vertébrés du dernier groupe. Certaines fonctions et les organes périphériques qui doivent y intervenir (muscles, appareils de sensation spéciale) n'offrent pas le même degré d'activité et de perfection dans toute la série; les parties des centres nerveux qui leur correspondent, montreront, elles aussi, des différences proportionnelles dans leur développement.

Quant à l'expérimentation physiologique, on ne doit l'appliquer qu'avec réserve à l'interprétation des faits d'ordre anatomique; cette méthode, plus que toute autre, peut mener à des conclusions erronées et il en est de même, à plus forte raison, des déductions que l'on pourrait tirer des effets de divers états morbides (tumeurs, hémorragies, inflammations).

En terminant cette partie de son travail, l'auteur signale l'intérêt

que présenterait un procédé permettant de colorer les tissus pendant la vie, ou tout au moins de les préparer à cette coloration.

Dans une seconde division de son ouvrage, il décrit la morphologie macroscopique du système nerveux central, les différents détails extérieurs de relief, les particularités anatomiques que certaines coupes permettent de reconnaître, en dehors de toute préparation spéciale.

Quand il a déterminé les contours de l'image, il pénètre plus avant dans les particularités de texture. Tout d'abord, il est nécessaire d'étudier d'une manière générale, aussi bien dans les conditions physiologiques qu'à l'état morbide, les divers éléments histologiques, nerveux ou autres, qui entrent dans la constitution du myélen-céphale.

Après ces considérations d'ensemble, M. Obersteiner fait l'examen microscopique de la moelle épinière qui constitue la partie la moins compliquée du système nerveux central; il y comprend l'étude des vaisseaux et celle des altérations morbides.

Il expose ensuite la topographie de l'encéphale. Il décrit une série de coupes transversales faites dans la masse encéphalique en partant de la moelle épinière; ces coupes sont examinées à un faible grossissement.

Cette étude préliminaire étant faite, on peut passer à la détermination des divers faisceaux de fibres nerveuses, de leurs divisions et de leurs connexions, ainsi que du mode suivant lequel ils se terminent. La moelle épinière, les racines des nerfs crâniens, le cervelet, le cerveau se trouvent ainsi successivement examinés. C'est ici surtout que les faits d'anatomie pathologique viennent éclaircir et développer davantage les données de l'anatomie normale.

Enfin, dans une septième et dernière division, l'auteur s'occupe des enveloppes des centres nerveux, qui ont avec ceux-ci des relations anatomiques et physiologiques si étroites, et décrit la disposition des gros vaisseaux encéphaliques.

L'ouvrage de M. Obersteiner a été accueilli avec faveur dans le monde savant; bien qu'il traite une matière assez spéciale, il compte déjà deux éditions qui se sont succédé à quatre ans d'intervalle; il a été traduit en anglais et en russe. C'est que l'auteur a très heureusement rempli le programme qu'il s'est tracé; il s'est conformé aux exigences de la science moderne en nous donnant un ouvrage essentiellement pratique. Il ne néglige aucun détail intéressant; il s'efforce de suppléer, autant que possible, à l'action immédiate du professeur; il étend au monde médical le bénéfice de l'enseignement remarquable qu'il donne à l'Université de Vienne. Il prend en quelque sorte l'élève par la main et, proportionnant les difficultés

aux forces dont celui-ci dispose, indiquant les dangers de la route et les moyens de les éviter, il le mène graduellement, des voies où la marche est relativement facile, jusque dans les recoins les plus obscurs de la topographie du système nerveux central. On ne saurait trouver un guide plus attentif, un conseiller plus autorisé.

Nous vous proposons, Messieurs, d'adresser des remerciements à notre très distingué confrère, de l'engager à continuer ses relations avec notre Société et de déposer honorablement son ouvrage dans notre bibliothèque.

REVUE DES JOURNAUX.

Effets physiologiques et thérapeutiques des courants alternatifs,
par LARAT (Soc. de Thérapeut., 1892).

M. d'Arsonval, en étudiant les effets physiologiques produits par les courants électriques sur les échanges nutritifs qui se font dans les tissus vivants, a démontré que, à l'exception des courants galvaniques continus qui restent sans influence, les diverses modalités électriques augmentent ces échanges nutritifs, et que la forme alternative sinusoïdale était de beaucoup la plus active, augmentant la capacité respiratoire du sang dans la proportion de 40 à 50 % et la quantité d'urée éliminée dans la proportion d'un tiers.

L. a cherché avec Gautier, à appliquer ces données physiologiques à la thérapeutique, en particulier dans le traitement des maladies par ralentissement de la nutrition. Il s'est servi des courants alternatifs destinés à l'éclairage, repris par une série de transformateurs, avant d'arriver au malade. Disposant ainsi de courants d'une régularité absolue et susceptibles d'être gradués, il en a étudié les effets, non plus sur les organismes sains, comme l'avait fait M. d'Arsonval, mais sur des organismes malades, et pour obtenir une surface active maxima, il a songé à diffuser ces courants dans l'eau d'un bain, de façon à utiliser la totalité des téguments du malade en traitement. Il a appliqué cette méthode à des obèses, des goutteux, des rhumatisants chroniques, et, d'une façon générale, il a constaté une concordance parfaite entre les résultats physiologiques de d'Arsonval et les effets thérapeutiques obtenus. Des malades, qui ne donnaient que 14, 18, 22 et 24 grammes d'urée par vingt-quatre heures, ont vu, après huit à dix bains, la quantité d'urée éliminée se rapprocher sensiblement de la normale, en même temps que l'état général s'améliorait notablement. Dans quelques cas, les résultats ont véritablement surpris par la rapidité avec laquelle ils devenaient appréciables. Il a ainsi obtenu des améliorations très rapides chez des eczémateux, notamment chez un malade, atteint depuis trois ans d'un eczéma rebelle à tout traitement, et qui, après six bains, a vu survenir une guérison qui persiste depuis

trois mois. Chez ces eczémateux comme chez les autres malades, la quantité d'urée, qui, au début du traitement, était notablement diminuée, a atteint la normale en très peu de temps. En résumé, on peut conclure de ces expériences, que la forme alternative sinusoidale, généralisée à toute la surface du corps, est capable de donner des effets thérapeutiques jusqu'ici ignorés, et, en particulier, de modifier, au moins momentanément, certaines diathèses.

J. M.

Des rapports du sens de la vision avec le sens de l'espace,
par H. MUNK (*Neurol. Centralbl.*, 1892).

Les chiens auxquels on enlève le centre visuel dans sa totalité sont atteints de cécité psychique; ils ne comprennent plus ce qu'ils voient. Munk fait remarquer qu'ils ont également perdu le sens de l'orientation, au moins dans les premiers temps après l'opération. Ils se comportent tout autrement que les animaux qui n'y voient pas parce qu'ils se trouvent dans l'obscurité ou qu'on leur a extirpé les yeux. Ceux-ci acquièrent très rapidement la notion de la situation des objets qui les entourent; les autres ne parviennent à s'orienter qu'après un temps très long; ils y arrivent plus vite lorsqu'il persiste chez eux une portion suffisante du centre visuel.

Ce centre ne commande donc pas uniquement aux perceptions visuelles; la mémoire des objets remarqués par la vision s'y trouve localisée et ainsi la représentation de l'espace environnant.

Lorsque le centre visuel fait défaut, l'orientation se fait par le sens du tact; mais ce sens inférieur a besoin d'un temps très long pour faire son éducation.

J. D. B.

Sur un procédé destiné à évoquer les images motrices graphiques chez les sujets atteints de cécité verbale, par CHARCOT. (*Sem. médicale*, 1892).

Un malade atteint de cécité verbale pure ou liée à d'autres formes d'aphasie, ne peut comprendre à la simple lecture les mots imprimés ou écrits. Cependant, on arrive par un procédé détourné à réveiller en lui une image du mot — l'image motrice graphique — qui peut alors suppléer à l'image visuelle disparue. Le plus souvent on fait reproduire dans l'espace avec la main du malade le geste d'écrire le mot cherché ou bien on lui fait suivre avec un crayon le tracé de ce mot sur du papier. Ces deux procédés depuis longtemps en usage à la Salpêtrière ont rendu de réels services et ont conduit à admettre l'existence d'un centre moteur graphique autonome.

Ils ont néanmoins l'un et l'autre un côté défectueux. Dans le premier cas, les mouvements qu'on imprime à la main du malade sont d'une amplitude excessive; ils intéressent la main et le bras tout entier, et n'ont guère de rapport avec les mouvements si délicats des doigts qui tiennent une plume à écrire. Dans le second cas, le sujet en expérience étant obligé de suivre les contours des lettres qu'il doit copier, la vue intervient, toute l'attention se porte sur l'acte de copier, et le problème se complique nécessairement.

Grâce à un dispositif spécial, C. a pu supprimer ces inconvénients et les résultats qu'il a obtenus ont prouvé une fois de plus, et très clairement, que le centre moteur graphique pouvait suffire à éveiller l'image d'une ou plusieurs lettres.

Les examens ont porté sur trois ordres de sujets : des aphasiques, des hystériques et des sujets sains; ces diverses recherches sont une nouvelle confirmation de l'existence d'un centre moteur graphique, fonctionnellement distinct, pouvant agir seul et sans le concours du centre visuel.

De plus, on doit admettre que ce centre est inégalement développé chez les différents sujets.

De même qu'il y a des visuels et des auditifs, il y a des moteurs graphiques moins exclusifs peut-être, par suite de la moindre éducation du centre.

Y a-t-il des nerfs inhibiteurs? par M. MORAT (*Sem. médic.*, 1892).

Quand on excite les nerfs centrifuges, cette excitation entraîne pour les uns l'activité de leur appareil terminal (muscles, glandes, etc.); mais pour quelques autres, non seulement elle n'entraîne pas cette activité, mais de plus, elle l'empêche et la suspend si elle préexistait. Les premiers sont les nerfs moteurs au sens propre du mot; les seconds ont été désignés par Brown-Séquard sous le nom de nerfs d'arrêt ou *nerfs inhibiteurs*.

Tantôt ces deux ordres de nerfs sont distincts anatomiquement, tantôt, comme les expériences sur l'action motrice et inhibitrice du sympathique cervical sur les vaisseaux de la face le démontrent, les deux ordres d'éléments sont réunis dans le même tronc nerveux, sous la même gaine connective.

Des objections ont été faites à cette théorie d'une même excitation produisant, au même moment, des effets si opposés. On explique l'inversion dans les réactions des appareils périphériques (musculaire ou autre), non par l'activité de conducteurs centrifuges à fonction inverse, mais par les qualités inverses de l'excitant qui est, en

général, l'électricité. Si l'on emploie, disent les adeptes de cette théorie, un courant d'intensité ou de fréquence d'abord très faible, puis graduellement croissante, le nerf entre en activité à un moment donné, et l'intensité ou la fréquence allant toujours croissant, l'effet produit croît d'abord avec elle, puis décroît et finit même dans certains cas par devenir nul : c'est à cette disparition des effets moteurs de l'excitant qu'on prétend donner le nom d'*inhibition*. Pour que cette hypothèse fût exacte, il faudrait que tout effet inhibiteur fût précédé d'un effet moteur; que lorsque deux effets moteur et inhibiteur se montrent dissociés, ces effets inverses ne pussent se produire que pour des intensités ou des rythmes très différents, très éloignés; enfin, que l'effet inhibiteur ne pût pas se produire pour une intensité moindre que l'effet moteur du même ordre, toutes choses contraires à l'expérience.

J. M.

Nouvel appareil pour l'examen des réflexes tendineux; leurs variations dans les affections mentales et chez les épileptiques,
par BECHTEREW (*Neurol. Centralbl.*, 1892).

Nous relevons dans cet article quelques points intéressants. On sait combien il est parfois difficile de distinguer les attaques d'épilepsie vraie des attaques simulées. Tout nouveau moyen préconisé par le différencier est le bienvenu. Aussi Bechterew insiste-t-il sur ce fait déjà signalé par d'autres auteurs (Beever, Féré, Gowers, Westphal, etc.), que l'intensité des réflexes rotuliens est affaiblie après l'attaque d'épilepsie. En provoquant des attaques d'épilepsie chez le chien par l'excitation électrique du cerveau, on constate que l'affaiblissement du réflexe qui se produit après l'attaque, se manifeste presque immédiatement ou du moins au maximum, quelques secondes après la cessation des convulsions cloniques; cet affaiblissement persiste pendant quelques minutes. Le retour du réflexe normal se fait progressivement et parfois le réflexe devient plus intense qu'avant l'attaque.

J. D. B.

Dégénérescence secondaire après extirpation des centres moteurs,
par SANDMEYER (*Zeitschr. f. Biologie*, 1891).

Il s'agit ici de l'examen du système nerveux de treize chiens auxquels avaient été enlevée en totalité ou dans sa plus grande partie la région motrice. On s'est servi des méthodes de Weigert, de Pol et de Marchi; en outre on a employé du carmin, de la nigrosine, etc. Il n'y eût aucune trace de dégénérescence secondaire chez trois chiens étudiés quatre à cinq jours après l'opération.

Chez sept chiens on trouva de la dégénérescence à la fois du côté opposé à l'opération et du même côté. Chez un chien qui avait survécu pendant sept mois, on ne trouva aucune trace de dégénérescence homolatérale même par la méthode de Marchi; ce qui s'observe du reste souvent, quoique parfois elle survienne aussi rapidement que la dégénérescence croisée. Dans certains cas de dégénérescence homolatérale, la pyramide du côté opposé fut trouvée intacte. Il n'y eut aucune dégénérescence des cordons antérieurs; l'auteur croit, contrairement à Marchi et à Algeri, qu'il n'existe pas de cordon pyramidal antérieur chez le chien.

Dès la septième semaine on observe çà et là des traces de dégénérescence à la partie postérieure des cordons antérieurs et à la partie antérieure des cordons postérieurs.

Chez un pigeon qui avait survécu trois mois à l'extirpation de l'hémisphère gauche, S. a noté la dégénérescence manifeste de la partie moyenne des cordons antérieurs. Chez la grenouille l'extirpation d'un hémisphère cérébral n'a jamais pour conséquence la dégénérescence de l'une ou l'autre partie de la moelle.

J. D. B.

Les différences histologiques dans les lésions de dégénérescence des centres nerveux selon que cette dégénérescence est primaire ou secondaire, par VASSALE (Rev. sperm. di frenatria, etc. 1891).

Les recherches de l'auteur ont porté sur des moelles épinières provenant d'animaux opérés dans le but de déterminer la production de lésions données et de paralytiques généraux, de pellagres et de déments. Il s'est servi de la méthode de Marchi (durcissement de la moelle dans le liquide de Muller pendant une semaine, puis pendant cinq à six jours dans un mélange formé de deux parties de liquide de Muller et d'une partie d'une solution aqueuse d'acide osmique à 1 %). Les portions dégénérées sont fortement teintées en noir.

L'auteur a constaté que lorsqu'elle est secondaire, la dégénérescence porte à la fois sur la gaine de myéline et le cylindre axe, tandis que lorsqu'elle est primaire on n'observe que de la dégénérescence de la myéline, le cylindre axe restant intact.

L'étude de la moelle épinière d'une série d'individus atteints de pellagre ou de paralysie progressive depuis un temps variable a démontré que la dégénérescence primaire au début ne consiste qu'en altérations histo-chimiques du tube nerveux, d'origine toxique. C'est du reste cette manière de voir qui donne la meilleure explication des rémissions prolongées que l'on observe dans ces maladies.

Il n'existe d'abord qu'une modification purement chimique du filet nerveux; elle résulte à l'évidence de leur faible degré d'affinité pour les matières colorantes et les réactifs chimiques. Les méthodes actuelles d'examen ne permettent pas de déterminer d'altérations nettes des éléments nerveux au début; ce n'est que plus tard que l'on constate l'atrophie de la gaine de myéline et la moindre affinité aux matières colorantes.

J. D. B.

Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique des différentes variétés de cécité verbale, par DÉJÉRINE (Soc. de biologie, 1892).

L'auteur, dans ce travail, donne la relation très complète d'un cas de cécité verbale simple au début, avec paraphasie et agraphie pendant les derniers jours de la vie. L'examen du cerveau a été fait avec soin, et a permis d'élucider certains points encore obscurs dans l'histoire de ces symptômes si intéressants.

La cécité verbale est caractérisée par l'abolition plus ou moins complète de la compréhension des signes figurés de l'écriture. Il en existe deux variétés : dans la première (cécité verbale avec agraphie), le malade, incapable de lire l'écriture imprimée ou cursive, est également incapable d'écrire soit spontanément, soit sous dictée, ou n'écrit que fort défectueusement. Elle s'accompagne souvent d'autres formes d'aphasie, d'aphasie motrice, de paraphasie, de surdité verbale. Isolée, elle relève d'une lésion du pli courbe gauche, centre de la mémoire visuelle des mots.

Dans la deuxième variété (cécité verbale avec intégrité de l'écriture spontanée et sous dictée; cécité verbale pure), le malade, incapable de lire et de se relire, écrit facilement et correctement, soit spontanément, soit sous dictée; l'acte de copier seul est plus ou moins défectueux. Le malade observé par l'auteur en est un exemple frappant dans la première période de l'affection; ne pouvant ni lire, ni se relire, il y arrivait cependant en employant un artifice qui mettait en jeu son sens musculaire. En suivant du doigt les contours des lettres ou en les traçant dans le creux de sa main, il arrivait à épeler des lettres et des mots.

La localisation anatomique de cette seconde variété de cécité verbale n'était pas encore connue; mais Wernicke avait fait remarquer que le centre des images visuelles des mots (pli courbe) doit y être intact et la lésion consister dans une séparation de ce centre d'avec les terminaisons centrales du nerf optique. C'est ce qu'est venue confirmer l'autopsie du malade de Déjerine; la lésion siégeait dans la sphère visuelle commune (cuneus et pointe occipitale) et en séparait le pli courbe.

J. D. B.

Rapports anatomiques des racines spinales à l'état normal et dans la démence paralytique, par HOCHÉ (Neurol. Centralbl., 1891).

Les recherches de l'auteur se limitent à onze cas de démence paralytique. Il en conclut que :

1° Dans la démence paralytique on trouve souvent, peut-être toujours, des altérations des racines spinales aussi bien dans les racines postérieures que dans les racines antérieures.

2° Elles affectent le tissu conjonctif et les éléments nerveux à la fois ou isolément. Le tissu conjonctif épaissi présente les traces d'une inflammation chronique sans caractère spécifique; les éléments nerveux s'atrophient ou dégénèrent.

3° On ne constate pas de rapport entre l'intensité et l'extension des altérations radiculaires et la distribution des lésions intramédullaires. Rarement il y a destruction de toute la racine, ordinairement on n'observe que l'atrophie de certains filets ou faisceaux nerveux disséminés sans ordre.

4° Les altérations les plus profondes s'observent ordinairement aux racines lombaires et sacrées; il paraît y avoir un certain parallélisme entre l'intensité de la leptoméningite concommittante et la distribution des altérations dans les racines.

5° Ces altérations sont toujours si prononcées qu'il est nécessaire d'en tenir compte dans l'explication des symptômes de la démence paralytique.

J. D. B.

Contribution à l'anatomie pathologique de la maladie de Basedow, par MENDEL (Neurol. Centralbl., 1892).

Un instituteur de 48 ans devient malade en 1887 : hypertrophie de la glande thyroïde, exophtalmie, palpitations de cœur; plus tard tremblement, polydipsie, tendance à la sudation.

D'abord amélioration par le traitement, puis aggravation à la fin de l'année 1889; pleurésie à droite, mort en octobre 1890.

À l'autopsie, on ne constata aucune lésion nerveuse à l'examen macroscopique. Au microscope, le cerveau, les ganglions cérébraux, la moelle épinière, le grand sympathique, le nerf vague ne présentèrent aucune altération; mais on observa une atrophie du corps restiforme gauche et une atrophie du faisceau solitaire à droite.

Rapprochons de ces constatations les expériences de Filehne, Durdafi et Bienfait; la section de la moelle et surtout celle du corps restiforme déterminait chez les chiens et les lapins opérés la production des symptômes de la maladie de Basedow.

L'atrophie du faisceau solitaire peut être rapprochée des symptômes dépendant du pneumogastrique.

J. D. B.

Quels sont les moyens que nous possédons pour établir la localisation des lésions intra-crâniennes, par PUTNAM (Transact. of the N.-Y. Med. Assoc., 1891).

1. Les monoplégies et les parésies sont des symptômes de foyer plus importants que les monospasmes et les convulsions localisées.

2. Plus une fonction est délicate, plus facilement elle est troublée. C'est ainsi par exemple, que les mouvements convulsifs ou la parésie des muscles de l'épaule ont une valeur diagnostique plus grande que les troubles identiques de la main. P. cite un cas de tumeur cérébrale qu'il a observé pendant la vie; il n'avait noté que des symptômes peu importants sinon des convulsions dans l'épaule; à l'autopsie, la tumeur fut trouvée localisée à l'extrémité postérieure de la circonvolution frontale moyenne.

3. Dans le cas de tumeur cérébrale, les mêmes lésions donnent lieu à la production de symptômes variables chez différents individus; chez les uns, elles détermineront la production de mouvements convulsifs, chez d'autres pas.

4. D'autres difficultés résultent encore de ce que certains centres réagissent pour des courants électriques de moindre intensité que d'autres; il en est ainsi, par exemple, pour le centre des mouvements de la face. Telle aussi l'excitabilité différente des muscles fléchisseurs et extenseurs de la main, que l'on rencontre même dans l'hémiplégie.

5. La parésie des fléchisseurs avec contracture des extenseurs a une valeur plus grande pour la localisation de la lésion que la situation contraire.

6. Dans les cas d'affections localisées du cerveau, on voit apparaître des symptômes qui simulent la lésion de certaines régions non atteintes par le processus pathologique, notamment des symptômes d'altération des centres des mouvements de la main et de la face, puis moins fréquemment des centres des orteils et du pied, du coude, de la jambe, de l'épaule, du tronc.

7. L'aphasie sensorielle a une valeur diagnostique plus grande que l'aphasie motrice.

J. D. B.

Tubercules du cerveau, par EWALD (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1891).

Il s'agit d'un enfant de 7 ans; début brusque par du mouvement fébrile et des troubles intellectuels; amaigrissement considérable en peu de temps.

Parésie de la jambe et du bras droits. Mouvements convulsifs des doigts, de la main et de l'avant bras; on les voit apparaître surtout lorsque le malade veut remuer le membre; ils cessent pendant la nuit et ont un caractère athétosique.

En général, l'enfant tient le bras gauche malade à l'aide du bras droit. S'il l'abandonne, il tombe; l'avant-bras en extension sur le bras et formant avec la paroi thoracique un angle de 45 degrés. Organes des sens, rétine, poumons normaux.

Autopsie : Nodules tuberculeux à la couche optique droite; ils ont entamé également la partie postérieure du genou de la capsule interne. Tubercules solitaires situés immédiatement sur la couche corticale de la circonvolution centrale postérieure droite. Un grand nombre de tubercules en d'autres points de l'écorce. Tuberculose miliaires des poumons.

J. D. B.

Tumeur intra-crânienne; troubles visuels localisés; autopsie,
par A. OLIVER (*Arch. of Ophthalm.*, 1892).

H. N., 39 ans, constructeur, pas d'accidents traumatiques, pas d'abus de tabac ou d'excitants; pas d'excès vénériens. Depuis 1888, vertiges, maux de tête, accès passagers de cécité. En avril 1889, raideur, engourdissement et faiblesse du pied droit. En août, attaques fréquentes de convulsions de forme athétosique dans le bras droit, en même temps extension de la jambe droite. Le 3 février 1890 : nutrition en bon état, muscles bien développés. A droite, la marche est légèrement spasmodique; faiblesse du poignet, exagération du réflexe patellaire, convulsions épileptoïdes dans l'articulation du genou. Pas de troubles mentaux. Affaiblissement du sens de la température, de la pression et du sens musculaire à droite. Hémianopsie latérale droite.

Le 26, céphalalgie, affaiblissement du pouvoir visuel dans la portion gauche de la rétine; irritabilité, nervosité. Troubles de la vision des couleurs; l'hémianopsie est surtout marquée à l'œil gauche; lésions du fond de l'œil surtout marquées à droite.

Ultérieurement, somnolence, stupeur. Mort le 21 mars.

Diagnostic. — Lésion intra-crânienne située à gauche, comprimant la bandelette optique gauche entre les corps quadrijumeaux et le chiasma, et exerçant une compression moins marquée sur la bandelette droite. L'hémianesthésie et les autres symptômes indiquaient comme siège principal de la tumeur la région de la couche optique (pulvinar) gauche.

Autopsie. — Augmentation de volume de l'hémisphère gauche; anémie de la substance corticale. Ventricule gauche moins large que

le ventricule droit. Augmentation de consistance et de volume de la couche optique gauche; elle est occupée par un néoplasme qui s'étend jusque au tiers antérieur du corps strié. Coloration jaunâtre de la tumeur. Compression de la bandelette optique jusqu'au chiasme. Pas d'altérations apparentes de l'hémisphère droit. Nature de la tumeur : gliome avec début de dégénérescence sarcomateuse. Rien à l'examen microscopique des bandelettes optiques, du chiasma, ni des nerfs optiques.

J. D. B.

Sarcome du genou du corps calleux affectant les symptômes d'un cas d'hystérie grave. — Autopsie, par CHARLES A. OLIVER (University Med. Magaz., 1891).

Une femme de 43 ans, de petite taille, maigre, pâle, anémique, a 4 enfants bien portants en apparence : une fille de 17 ans, peu développée pour son âge, un enfant de 13 ans, un de 19, un de 5 ans. Pas de renseignements sur les parents de la malade. Il y a des aliénés dans la famille du mari.

En 1887, pendant qu'elle nourrissait son dernier enfant, la malade fut prise d'une grande fatigue; elle avait de plus en plus de difficultés à se mettre en mouvement; pas de cause appréciable de ces symptômes. Départ pour la campagne; très légère amélioration. Troubles de la vision à gauche; en 1888 au printemps, troubles de l'odorat qui s'affaiblit de plus en plus et est complètement perdu un an après.

La malade garde de plus en plus le lit; en décembre 1889 elle ne le quitte plus pour ainsi dire. En janvier 1890, affaiblissement du pouvoir visuel à droite. En février attaque d'apoplexie; troubles psychiques : cauchemars, illusions sensorielles et hallucinations, troubles du sens du tact.

En mars, premier examen fait par l'auteur, affaiblissement considérable du pouvoir visuel à droite, excessif à gauche où la malade ne perçoit plus que la sensation lumineuse et dans une faible portion de la partie nasale de la rétine. Pas d'accommodation. Pupille gauche, rigide plus dilatée que la pupille droite qui répond aux excitations lumineuses. Motilité oculaire normale. A droite, affaiblissement de la vision, caractéristique de l'hystérie. Symptômes de lésion intracrânienne à l'examen ophtalmoscopique, surtout à gauche.

Le 15 avril, nouvel examen; la vision pour l'œil droit est double de ce qu'elle était en mars. Affaiblissement de l'ouïe à gauche. Rien de particulier au crâne; pas de troubles de la parole, de la mémoire; pas de troubles moteurs, de la sensibilité musculaire, thermique ou à la douleur. Perte du sens de l'odorat et du sens du tact.

Diagnostic : atteinte grave d'hystérie, existence possible d'une lésion intracrânienne localisée à la partie antérieure du cerveau.

Amélioration; la malade est plus calme, elle n'a plus d'illusions ni d'hallucinations; elle fait des promenades. Il en est ainsi jusqu'en septembre; puis affaiblissement, refus de quitter le lit; le 14 décembre, elle tombe brusquement dans le coma et meurt le 21.

A l'autopsie; au crâne : congestion de la pie-mère. La dure-mère est fortement adhérente à l'apophyse crista-galli. En introduisant le doigt sous le cerveau, on constate la présence d'une masse arrondie, s'étendant jusqu'au corps calleux, adhérente au corps du sphénoïde.

Tumeur semi-sphérique; elle mesure transversalement 6 centimètres, d'avant en arrière 5 $\frac{1}{2}$ ctm., dans sa plus grande hauteur 3 $\frac{1}{2}$ ctm.; sa face inférieure est divisée en deux portions par une scissure. Elle est contournée comme le genou du corps calleux et émet un prolongement à gauche et en arrière, qui s'étend jusqu'au chiasma des nerfs optiques; ceux-ci longent le bord inférieur de la tumeur jusqu'à leur entrée dans le trou optique.

La tumeur, surtout développée à gauche, est située au niveau du genou du corps calleux, refoule les circonvolutions en crochet et comprimé les lobes temporaux. Elle repose sur le corps et les petites ailes du sphénoïde, la portion du frontal correspondant à la fosse orbitaire et l'ethmoïde; l'apophyse crista-galli se dresse dans la scissure signalée à la face inférieure de la tumeur. Lobes olfactifs intacts.

Pas d'autres tumeurs en aucune portion du cerveau.

Rien à l'examen microscopique des portions postérieures des globes oculaires ni des nerfs optiques à part de l'œdème du nerf optique gauche.

Nature de la tumeur : sarcome à cellules fusiformes.

J. D. B.

Tumeur cystique du corps pituitaire, par KERR (Brit. med. Journ., 1891).

Les symptômes suivants furent observés : céphalalgie intense, trouble des idées, paralysie des sphincters, convulsions toniques généralisées. Pas de névrite optique. Remission pendant quatre mois, puis récurrence. Névrite optique; la vision n'est conservée que dans la moitié externe du champ visuel gauche. Coma. Mort.

Autopsie : tumeur cystique de la glande pituitaire, du volume d'une noisette. La malade avait 25 ans.

J. D. B.

Absence de symptômes dans un cas de tumeur du cervelet et de méningite cérébro-spinale tuberculeuse, par R. LEIMBACH (*Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk.*, 1891).

Un journalier de 25 ans a été opéré à diverses reprises pour gonflement et abcès des membres.

Antécédents : pas de fièvre, sensation de grande fatigue; dix-huit jours après la dernière opération, douleurs à début brusque dans le cou, raideur très prononcée de la nuque. Vomissements, douleurs de tête intenses s'irradiant de l'occiput à la région frontale; douleurs oculaires. Ni mouvements convulsifs ni perte de connaissance.

Symptômes observés après l'entrée à la clinique : Douleurs à la pression sur les parties molles de la nuque et sur la partie cervicale de la colonne vertébrale, notamment au niveau de la quatrième vertèbre, dont l'apophyse est très proéminente; contracture musculaire lorsque l'on imprime des mouvements passifs à la partie supérieure de la colonne vertébrale. Pas de troubles paralytiques des nerfs crâniens. Dilatation considérable des pupilles; réaction lente à la lumière et à l'accommodation; papille du nerf optique saillante; ses bords sont mal définis; veines sinueuses, élargies; pas d'hémorragies.

Bourdonnements d'oreilles à droite; pas d'opisthotonos, pas d'autres troubles de la sensibilité; pas de contracture dans les membres. Urine normale.

Douleur cervicale pendant la déglutition; vomissements fréquents. Après quelques jours, légère déviation de la langue à droite, un peu de parésie du voile du palais à droite; amygdale gauche un peu effacée. Plus tard léger vertige, altérations plus prononcées des papilles optiques. Pas d'exagération des réflexes; hyperesthésie des membres inférieurs. Puis vertiges et bourdonnements d'oreilles continuels, parésie de la langue, surtout évidente à droite, parésie des muscles buccaux droits. Décès.

Durée de la maladie : un mois.

Autopsie : Exsudat trouble, purulent, à l'extrémité antérieure de la scissure de Sylvius à droite; au niveau de la fosse crânienne postérieure gauche adhère à la dure-mère une tumeur d'environ deux centimètres de diamètre et constituée par un tubercule solitaire dont l'intérieur est en voie de caséification. À droite de la moelle allongée, dans l'hémisphère gauche du cervelet, une saillie jaunâtre, d'aspect caséeux, à droite du vermis supérieur, une autre s'étendant à l'hémisphère gauche. Tuberculose miliaire des poumons, du foie et des reins.

L'examen microscopique confirme et complète l'examen macros-

copique : méningite tuberculeuse de l'encéphale et de la moelle épinière. Endartérite et endophlébite tuberculeuses. Tubercules disséminés dans la moelle : myélite tuberculeuse des filets nerveux.

La tumeur du cervelet est très étendue; à la partie antérieure du lobule central on trouve encore quelques restes de la substance corticale: en haut la tumeur n'est recouverte que d'une mince couche de substance grise; il ne persiste plus que quelques débris du toit du quatrième ventricule. Malgré l'étendue de la portion détruite, il n'existe pas de trace de dégénérescence des pédoncules cérébelleux gauches : les pédoncules droits sont détruits dans leur totalité. Pas de dégénérescence des cordons cérébelleux afférents ou efférents.

Il était impossible de déterminer l'existence de ces tumeurs cérébelleuses pendant la vie; les symptômes observés se rapportaient à la méningite. L'absence d'ataxie cérébelleuse s'explique 1° d'après Nothnagel et Bernhardt par ce fait que la plus grande partie du vermis était conservée et que l'accroissement de la tumeur du vermis supérieur était très lent; 2° par l'absence de lésions des cordons cérébelleux droits, des olives, des corps restiformes, du pédoncule cérébelleux supérieur, des noyaux rouges contra-latéraux. On sait qu'ils ont la plus grande importance pour la conservation de l'équilibre; 3° par le siège de la lésion au vermis; chaque fois qu'on a constaté de l'ataxie, on a vu la lésion s'étendre à des portions plus étendues du cervelet, entamer de plus grandes parties soit des hémisphères, soit du vermis; jamais on n'a vu, comme dans le cas actuel, la lésion se limiter exclusivement à cette partie de la moitié supérieure du vermis qui correspond assez exactement au lobus lunatus antérieur.

Ce cas démontre qu'un individu peut avoir le cervelet et spécialement le vermis profondément altéré, sans qu'aucun symptôme spécial ne vienne décélérer l'existence des lésions. J. D. B.

Deux cas de tumeur du cervelet, par ARTHUR BOOTH (*Journ. of nerv. and ment. diseases*, 1891).

1. Petite fille de 10 ans. A l'âge de 3 ans, chute sur la région occipitale; pas de conséquences appréciables. Vers l'âge de 12 ans, amaigrissement, pâleur; puis accès de céphalalgie et vomissements; dix jours plus tard nouvel accès de céphalalgie d'intensité croissante; raideur de la nuque, douleur occipitale persistante, mauvaise humeur, irritabilité.

A l'arrivée du médecin : fièvre, pouls accéléré, gonflement des ganglions de la nuque. Rigidité et dilatation pupillaire, parésie peu prononcée de l'oculo-moteur externe droit. Fond de l'œil normal.

Hyperesthésie de la région occipitale aux impressions tactiles. Perte du réflexe rotulien, pas de paralysie des membres.

Diagnostic : méningite tuberculeuse.

Dans la suite, accès convulsifs et névrite optique. Conclusion : existence d'une tumeur du cervelet. En outre : cécité totale, état sémi-comateux, paralysie du facial droit, parésie du bras droit, paraparésie et symptômes bulbaires : troubles de l'articulation et de la déglutition, polyurie.

Finalement amaigrissement considérable malgré une alimentation abondante et forcée; légère exophtalmie, augmentation progressive du volume du crâne, sutures sagittales et coronales très apparentes, contracture du bras gauche et des membres inférieurs.

Décès dix mois après l'apparition des premiers symptômes.

Autopsie : angiosarcome volumineux à siège principal dans l'hémisphère cérébelleux droit et comprenant le plancher du quatrième ventricule et le pédoncule cérébelleux droit.

2. X..., 35 ans. Violentes douleurs à la région occipitale et à la nuque. Marche peu assurée, titubante avec tendance à tomber du côté gauche. Troubles de la déglutition. Salivation. Plus tard paralysie du facial et du bras gauches avec ataxie et abolition de la sensibilité musculaire. Perte du réflexe rotulien. Ralentissement du pouls. Des deux côtés névrite optique et nystagmus. Mort subite (par paralysie du pneumogastrique?) sept mois après l'apparition des douleurs céphaliques.

Autopsie : myxosarcome à la face inférieure de l'hémisphère gauche du cervelet.

Dans ce cas, le malade n'a jamais eu de nausées, ni de vomissements; ni convulsions, ni hydrocéphalie.

J. D. B.

Hallucinations unilatérales chez une femme ayant une lésion circonscrite du cerveau, par E. TOULOUSE (*Gaz. des Hôp.*, 1892).

Une femme, âgée de 44 ans, sans tare héréditaire connue, a eu une mère morte de tuberculose pulmonaire(?). Elle n'a pas fait de maladies graves dans son enfance ou dans sa jeunesse, s'est mariée à 25 ans, a eu un enfant mort-né. Pas de syphilis.

Vers l'âge de 30 ans, elle présente des symptômes de l'alcoolisme chronique : sommeil troublé par des rêves à caractère pénible; elle voyait des animaux, tombait dans des précipices. Fourmillements dans les jambes; pituite matinale. Vers ses 34 ans (il y a 10 ans), elle a eu des attaques épileptiformes dont l'aura consiste dans des

secousses dans le bras et la jambe gauche. Les convulsions, toujours plus fréquentes pendant la nuit, prédominèrent dans le côté gauche. Le bromure de potassium a toujours eu une influence heureuse sur ses accès. Vers la même époque, elle a eu des hallucinations auditives rapportées à l'oreille gauche. Aujourd'hui ces hallucinations ont diminué; elle n'en est plus importunée que vers le soir, quand elle va dormir. — Elle avait aussi des hallucinations visuelle qu'elle rapporte à l'œil gauche, mais sans pouvoir préciser exactement; en ce moment elles ont presque disparu.

Dans ces derniers temps sa mémoire baissait et elle ne pouvait plus s'appliquer à un travail de quelque durée. Un état délirant a commencé en 1891. Au commencement de 1892, après un accès, elle s'est trouvée paralysée du côté gauche. Après cette hémiplégie, elle était devenue presque sourde et aveugle du même côté.

Le 6 août 1891, elle fut colloquée en raison de l'affaiblissement de son état mental et de son hémiplégie. A son entrée à l'asile, on constata un état mental analogue à celui des malades qui ont des lésions en foyer du cerveau; mémoire parresseuse, surtout pour les faits récents, affaiblissement de toutes les facultés intellectuelles; très émotive, pleurant quand elle parle de son mari; elle se sent heureuse à l'asile. Les hallucinations auditives surviennent de temps à autre, principalement le soir; les hallucinations visuelles se bornent à quelques illusions nocturnes, de peu d'importance, ses accès épileptiformes sont assez fréquents.

Voici la situation des autres symptômes : hémiparésie gauche assez accentuée; les traits de la face sont tombants à gauche; la commissure labiale du même côté ne peut être tirée en dehors. La langue est un peu déviée à gauche. Les paupières, surtout la gauche, sont abaissées. Pas de contractures, ni d'atrophie, ni contractions fibrillaires.

La sensibilité est normale à droite; mais à gauche, la sensibilité tactile est presque abolie. La malade ne peut situer ses sensations; de plus, il y a un retard dans la perception. Cette héli-anesthésie est générale jusqu'à la ligne médiane du corps et atteint les muqueuses aussi bien que la peau. Pas de zones d'hyperesthésie. La sensibilité à la douleur est à peu près nulle; la sensibilité à la chaleur est abolie. Le sens musculaire est très obtus. Les réflexes patellaires et antibrachiaux sont abolis des deux côtés.

L'examen sensoriel indique une héli-anesthésie spéciale des organes des sens du côté gauche. Légère exophtalmie des deux yeux. Myosis double. Réflexe pupillaire paresseux à la lumière, surtout à gauche. Aucune paralysie musculaire.

L'acuité visuelle de l'œil gauche est très diminuée. Le champ

visuel est rétréci surtout en haut et en dedans. Les couleurs sont difficilement reconnues, notamment le violet et le bleu. Les milieux de l'œil sont transparents. La pupille est un peu blanchâtre. — Rien à noter pour l'œil droit.

Oreille droite : tympan sclérosé, opaque; rétraction marquée; adhérence à la pyramide. Trompe non perméable. Ankylose des osselets. Diapason entendu à 50 centimètres. Le sifflet de Galton perçu normalement. Audition par la boîte crânienne affaiblie et latéralisée à droite, d'une façon très nette.

Oreille gauche : tympan sclérosé; opacité faible; rétraction peu prononcée. Trompe perméable. Diapason entendu à 5 centimètres. Sifflet de Galton : 10; la perception des sons aigus est très affaiblie.

Conclusions : sclérose double de l'oreille moyenne, plus prononcée à droite. En outre, lésion centrale de l'audition (siégeant dans l'oreille interne, le nerf auditif ou le centre cortical de l'audition?).

Il n'y a d'aphasie d'aucune sorte. La malade comprend ce qu'on lui dit, s'exprime correctement, lit et écrit.

La parole est un peu difficile. La malade parle comme les hémiplégiques. Quand elle cause, il existe un certain tremblement des lèvres, mais nullement localisé à gauche, c'est-à-dire du côté parésié, comme l'a quelquefois noté Lwoff, chez les malades ayant une lésion circonscrite du cerveau.

Troubles vaso-moteurs plus accusés à gauche, où la moindre piqure détermine une auréole rouge et aussi une petite hémorragie capillaire. Varicosités aux deux pommettes.

Rien au cœur. Athérome artériel, surtout sensible à l'exploration digitale de la radiale. Le tracé sphymographique montre un plateau d'athérome. — Emphysème pulmonaire. — Ni sucre, ni albumine dans les urines.

D'après les symptômes rapportés, on peut admettre une lésion cérébrale en foyer. L'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle ne peut être rapportée à l'hystérie. En effet, l'épilepsie jacksonienne. L'affaiblissement des facultés intellectuelles, les antécédents alcooliques du sujet, l'athérome artériel, tous ces signes forment une physionomie générale bien connue, et qui n'appartient qu'aux organiques, aux malades ayant une lésion circonscrite du cerveau. On sait, d'autre part, que l'hémi-anesthésie générale et sensorielle de nature organique est en tous points semblables à celle des hystériques. Magnan a publié des observations d'alcooliques chroniques, atteints d'hémi-anesthésie générale et sensorielle. La malade est en cela semblable à ceux de Magnan.

Il est admis, depuis les autopsies de Turck, que la lésion de l'hémi-anesthésie cérébrale se trouve dans la région postérieure de la

capsule interne, dans ce carrefour où sont réunies toutes les fibres sensitives et sensorielles allant à l'écorce cérébrale. Mais cette lésion est-elle la seule qui puisse donner lieu à l'hémi-anesthésie cérébrale? Une destruction assez étendue de l'écorce cérébrale, atteignant les centres corticaux de ces fibres centripètes, ne pourrait-elle pas produire aussi ce syndrome? Théoriquement, étant donné nos connaissances actuelles des localisations cérébrales, une pareille pathogénie est douteuse, car les centres de sensibilité générale et les centres sensoriels paraissent disséminés sur une assez grande surface de l'hémisphère. Il faudrait donc admettre une lésion très étendue, peu réalisable en clinique. Cependant il existe des cas où l'on a noté des hémi-anesthésies générales causées par des lésions de l'écorce; d'autre part on connaît des faits d'hémi-anesthésies sensorielles, limitées à un ou deux sens, et attribuables aussi à une lésion corticale. Glynn a même observé une femme, qui avait présenté durant la vie de l'hémi-anesthésie sensorielle de l'œil, de l'oreille, du goût et de l'odorat, et sur laquelle l'autopsie montra, outre une névrite papillaire double, un abcès étendu, intéressant le lobe temporal. Enfin, Tomaschewsky et Simonowitsch ont rapporté l'observation d'une femme, atteinte, à gauche, d'hémiplégie et d'hémi-anesthésie générale et sensorielle partielle (diminution de l'acuité auditive, contraction du champ visuel), et dont l'autopsie fit voir une lésion des deux circonvolutions ascendantes, de la première temporale, de la pariétale inférieure et du pli courbe droits. Tous ces faits prouvent la possibilité d'une lésion corticale étendue produisant une hémi-anesthésie générale et une hémi-anesthésie sensorielle intéressant plus ou moins tous les sens.

Toutefois, il n'y a pas encore de cas publiés d'hémi-anesthésie générale et sensorielle complète d'origine corticale. Aussi, étant donné le manque d'autopsie, T. ne peut admettre que son malade ait une lésion corticale, bien que certains de ses troubles (convulsions épileptiformes et état mental des individus dont l'écorce est atteinte) soient plutôt en faveur de cette hypothèse. Il croit à une lésion en foyer du cerveau. Il est même possible qu'elle en ait deux : une corticale ancienne et une plus récente dans la capsule interne. Quelle peut être maintenant la relation entre les hallucinations unilatérales de l'ouïe de cette malade et sa lésion cérébrale?

On sait que les hallucinations unilatérales, symptôme peu fréquent en pathologie mentale, ont été jusqu'à présent rapportées pour la plupart à une lésion unilatérale de l'organe sensoriel périphérique. C'est l'opinion de Régis, Ball, Pick, Souchon, Raggi, etc. Mais d'autres observateurs, Maisonneuve, Glynn, Tomaschewsky Simonowitsch et Lwolkf, ont publié des observations d'hallucinations unilatérales coïncidant avec une lésion circonscrite du cerveau.

Il paraît rationnel d'admettre ici que la lésion cérébrale, capsulaire ou corticale, a déterminé, par l'irritation des fibres sensorielles de l'audition retentissant sur le centre sensoriel, ou par l'irritation directe de ce centre lui-même, le phénomène des hallucinations qui seraient l'analogie des convulsions épileptiformes déterminées par l'excitation de la zone motrice ou des fibres émanées d'elle. Les hallucinations sont survenues en même temps que les phénomènes moteurs, et il est légitime de rattacher ces deux ordres de symptômes au même processus pathologique.

T. n'accorde à la lésion cérébrale que le rôle de cause occasionnelle; car il faut admettre, dans la genèse des hallucinations, un autre facteur, inconnu jusqu'à aujourd'hui, et que l'on personnifie dans l'idée assez métaphysique du terrain ou de la prédisposition névropathique. Car sans cela, on ne s'expliquerait pas pourquoi tous ceux qui ont des lésions cérébrales analogues ne délireraient pas ou n'auraient pas d'hallucinations.

T. ne croit pas que les lésions de l'oreille moyenne puissent être incriminées dans la production des hallucinations de son malade. Car, d'une part, ces dernières paraissent être plus anciennes que l'otite, et, d'autre part, la sclérose tympanique est encore plus accusée du côté droit, où il n'y a pas d'hallucinations.

Il existe, en outre, du côté gauche, une lésion centrale de l'audition. En quel point siège-t-elle? On sait qu'il est actuellement très difficile, de déterminer rigoureusement dans ces cas quel est le lieu précis de la lésion, s'il est dans l'oreille interne; dans les fibres auditives ou dans le centre cortical de l'audition. Mais comme d'autres symptômes indiquent qu'il y a une lésion circonscrite du cerveau, on doit rapporter à celle-là la surdité gauche, qui fait partie de l'hémi-anesthésie générale et sensorielle, attribuée ici à la lésion cérébrale en foyer. D'autre part ce n'est point cette lésion centrale de l'audition qui pourrait être la cause, même occasionnelle, des hallucinations, puisque ces dernières sont bien antérieures à celle-là.

En résumé, l'hallucination unilatérale paraît bien être, dans ce cas, un symptôme ressortissant à la cause première de tous ces désordres moteurs, sensitifs et sensoriels, c'est-à-dire à la lésion cérébrale, qui, dans son évolution progressive, a déterminé, dans la moitié gauche de la malade, des attaques d'épilepsie jacksonienne, des phénomènes hallucinatoires, une hémiplégie et une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle.

J. M.

Lésions cérébrales dans la chorée de Sydenham, par TURNER
(Sem. médic., 1892).

T. a présenté des préparations microscopiques provenant de 5 cas de chorée suivis de mort. Dans l'un de ces cas, il y avait eu septicémie puerpérale, et dans deux autres, affection cardiaque avec albuminurie. Les préparations, faites sur des coupes pratiquées au niveau du sillon de Rolando, mettaient en évidence une hypertrophie des grandes cellules pyramidales des couches profondes de l'écorce cérébrale. T., partisan de la théorie qui assigne à la chorée une origine cérébrale, base son opinion sur les considérations suivantes : 1° les symptômes de la chorée de Sydenham indiquent qu'il s'agit plutôt d'une lésion cérébrale organique que de simples troubles trophiques, comme dans l'hystérie; 2° l'hypertrophie des cellules corticales étant une lésion variable, qui peut diminuer ou disparaître, s'accorde parfaitement avec la marche et les symptômes choréiques ordinaires, que ne justifient ni n'expliquent les autres hypothèses étiologiques.

T. fait observer que toute lésion trophique grave et persistante des tissus cérébraux finit par amener infailliblement la thrombose capillaire, sans préjudice des lésions des cellules, plus faciles à provoquer. Dans ses préparations, il n'y avait aucun signe de lésions vasculaires. Il a rencontré les mêmes altérations pathologiques des cellules cérébrales dans d'autres affections, p. ex. le saturnisme, mais jamais d'une façon aussi prononcée.

Hale White estime que les maladies graves dont étaient atteints les choréiques de T. suffisent pour expliquer les lésions constatées au microscope. Il conseille de faire l'examen nécroscopique du cerveau dans les cas d'hémi-chorée bien confirmée, pour se rendre un compte exact de la différence qui existe entre les cellules de chaque hémisphère.

J. M.

La fièvre hystérique, par SARBO (*Neurol. Centralbl.*, 1892).

Il existe dans le système nerveux central des centres spéciaux de régulation de la température; la fièvre résulte de l'excitation de ces centres. — L'observe-t-on sans qu'il y ait dans l'économie d'affection organique, l'on a à faire à la fièvre nerveuse ou fonctionnelle. — C'est sous cette rubrique qu'il faut ranger les élévations de température que l'on rencontre chez les hystériques. Abstraction faite de la fièvre hystérique apparente (accélération du pouls, symptômes fébriles divers sans élévation de température), la fièvre hystérique vraie se présente sous forme continue ou par accès. On ne peut

considérer comme un moyen de diagnostic différentiel entre l'état de mal hystérique et l'état de mal épileptique l'existence ou l'inexistence de la fièvre. — Les accès de fièvre se montrent en l'absence même de mouvements convulsifs et aussi bien dans l'hystérie simple que dans l'hystéro-épilepsie.

J. D. B.

De l'influence des excitations des organes des sens sur les hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque hystérique, par GUINON et WOLCKE (*Arch. de Neurol.*, 1891).

Divers observateurs ont signalé déjà qu'au stade des attitudes passionnelles dans l'attaque d'hystérie, les excitations sensibles périphériques peuvent faire varier la forme du délire, absolument comme chez les individus hypnotisés. Guinon et Wolcke ont fait quelques recherches systématiques sur ce sujet.

Pour y arriver ils n'ont mis en œuvre que des moyens d'excitation simples; ils tenaient devant la malade des verres colorés, lui faisaient sentir une substance à odeur forte, entendre des bruits divers, la piquaient. Ils ont ainsi pu faire varier la marche des hallucinations, en déterminer avec une certaine régularité de nouvelles. Il suffisait d'observer la malade, de noter son attitude, sa physionomie pour s'en rendre compte. Chez une malade mieux disposée, une même excitation sensible donnait naissance avec une régularité parfaite à la même illusion. La nature des hallucinations est absolument indépendante de l'influence de l'expérimentateur; elle varie avec les habitudes, la constitution intellectuelle de la malade. L'excitation sensorielle périphérique n'est que la cause déterminante de l'hallucination.

J. D. B.

De la folie hystérique, par MORAVISIK (*Neur. Centralbl.*, 1892).

L'auteur a étudié 125 cas de folie hystérique; on rencontre chez la plupart des malades atteintes de cette affection des stigmates de dégénérescence, par exemple, de l'étroitesse du front, les bosses frontales rapprochées et moins fréquemment des traces de rachitisme et d'hydrocéphalie crâniens. Dans 78,4 % des cas il y avait de l'inégalité pupillaire; dans 48 % c'était la pupille gauche qui était la plus dilatée, la pupille droite dans 30,4 % des cas; en général les symptômes d'hystérie sensible et motrice affectaient le côté de la plus grande dilatation pupillaire; la sensibilité réflexe des pupilles est néanmoins conservée.

Au point de vue psychique, il est deux formes de folie hystérique: une forme aiguë et une forme chronique. La mobilité des symptômes est excessive. La durée de la forme aiguë n'est en général que de

quelques heures; elle s'accompagne ordinairement d'amnésie complète. Le délire est tantôt gai, tantôt triste; aussi la malade est-elle en proie tantôt à de l'excitation maniaque, tantôt à des terreurs, au point de vouloir attenter à sa vie. Il est impossible de grouper ces cas de folie hystérique aiguë en classes diverses. Elles offrent plusieurs particularités intéressantes; la dépression mélancolique par exemple, a son origine dans certaines douleurs physiques, dans des paresthésies; elle n'est donc pas d'origine purement psychique comme dans la mélancolie vraie. D'autre part, l'excitation maniaque a toujours une teinte d'érotisme.

Ces malades sont souvent encore l'objet d'obsessions diverses; elles songent sans cesse à leur heure dernière, la redoutent, craignent que la maison ne s'écroule sur elles; doivent répéter trois à sept fois tout ce qu'elles disent.

J. D. B.

L'angine de poitrine d'origine hystérique, par GILLES DE LA TOURETTE (*Le Progrès médical*, 1891).

Comment peut-on différencier au point de vue du diagnostic, l'angine de poitrine d'origine organique et celle de nature hystérique.

Cette dernière est très rare; elle se montre avant l'âge de 40 ans, parfois beaucoup plus tôt surtout chez la femme; elle éclate en accès le plus souvent nocturnes, s'accompagne d'un pouls très fréquent, le cœur bat irrégulièrement; la malade porte des zones hystérogènes et l'attaque d'angine se termine généralement par un accès de rire ou de pleurs.

L'angine de poitrine hystérique se présente sous deux formes, comme l'angine de poitrine de nature organique; une forme névralgique et une forme vaso-motrice.

J. D. B.

Sur la toxicité des urines chez les épileptiques avant, pendant et après les accès, par J. VOISIN et PÉRON (Soc. de biol. 1892).

Deny et Chonppe ont étudié la toxicité des urines chez les épileptiques dans l'intervalle des attaques. Féré a déterminé le degré de cette toxicité avant et après les accès, mais en injectant des urines pré- et post-paroxystiques au lieu d'employer les urines de 24 heures; aussi son coefficient de toxicité diffère de celui des auteurs.

V. et P. sont arrivés aux résultats suivants :

Il se produit, avant les accès en série, un abaissement considérable de la toxicité urinaire.

Pendant la série des accès cet abaissement persiste, mais moins marqué que dans la période préparoxystique; la courbe tend déjà à se relever.

Après la série d'accès la toxicité urinaire se relève, et dépasse la normale si la série est finie; si la série n'est pas terminée, le coefficient ne s'élève pas au-dessus de la normale et les accès reparaissent.

Cette hypotoxycité est donc un élément de diagnostic pour affirmer que la série n'est pas terminée; elle persiste en outre quand, après les accès convulsifs, il se développe du délire ou de l'excitation maniaque.

Les épileptiques gravement atteints au point de vue mental paraissent avoir une hypotoxycité constante, mais néanmoins la toxicité la plus faible répond toujours aux périodes préconvulsives, la plus forte aux périodes post-convulsives.

La toxicité urinaire en dehors des paroxysmes est-elle normale? V. et P. inclinent à le croire. Cependant il semble bien qu'il y ait quelques épileptiques dont l'état normal soit l'hypotoxycité.

Les troubles intellectuels des épileptiques paraissent toujours accompagner d'hypotoxycité. J. M.

Phosphaturie dans l'hystérie et l'épilepsie, par VOISIN (Soc. de biologie, 1892).

Féré prétend que l'inversion des phosphates n'a qu'une bien faible valeur pour le diagnostic de l'hystérie. Elle ferait souvent défaut à la suite de paroxysmes hystériques nets et peut, au contraire, se retrouver à d'autres moments. En outre, cette inversion a été signalée dans des cas d'ataxie, de neurasthénie et d'épilepsie convulsive. Dans les recherches sur les urines d'un épileptique apathique, il a trouvé cinq fois sur six examens, l'augmentation des phosphates terreux. Il est arrivé au même résultat six fois sur huit chez un vertigineux.

Cathelineau et Gilles de la Tourette soutiennent néanmoins que l'inversion est l'exception dans l'épilepsie et reste la règle dans la crise hystérique. Ils font remarquer, que cette inversion n'est pas à elle seule pathognomonique de la crise d'hystérie, mais que la formule urinaire tout entière est caractéristique: abaissement du taux du résidu fixe, de l'urée, des chlorures et des phosphates.

Leurs conclusions sont confirmées par Grasset, Chantemesse, etc. Voisin est d'avis qu'on ne peut s'appuyer sur l'inversion de la formule des phosphates pour porter le diagnostic d'hystérie, car:

- 1° L'inversion est rare, très inconstante;
- 2° On la trouve dans l'épilepsie après et entre les accès;
- 3° Elle peut se rencontrer chez des sujets sains, à la suite de l'ingestion de certains aliments et de certaines substances;
- 4° Les méthodes d'analyse différentielle employées n'offrent pas les garanties de précision nécessaires.

D'après V., un signe plus certain est la présence fréquente, dans l'urine de l'hystérique, de l'albumine et quelquefois de peptones pendant les cinq heures qui suivent l'accès.

Gilles de la Tourette, se basant sur ces conclusions, a insisté sur l'utilité de l'examen des urines avant les trépanations dans l'épilepsie partielle. Si l'on trouve l'urée et les phosphates augmentés, il conclut à l'existence d'une lésion organique causant l'épilepsie partielle; il y a, au contraire, dans l'hystérie une diminution de ces éléments.

Origine et siège des troubles de l'épilepsie, par HORSLEY (*Brit. med. Journ.*, 1892).

Quelle est la cause déterminante de l'attaque d'épilepsie, et sur quelle partie des centres nerveux agit-elle, voilà ce que l'auteur cherche à établir en premier lieu.

L'aura épileptique est trop souvent et trop nettement d'origine corticale pour que le doute soit permis dans semblables cas, mais il arrive souvent que l'aura fait défaut, et il faut alors analyser la succession des phénomènes du haut mal. Par ordre chronologique, ceux-ci sont les mouvements semi-volontaires (par exemple l'acte d'étendre les bras, de se lever, etc.), que l'on peut laisser de côté, le spasme inspiratoire avec commencement d'asphyxie et cri, la perte de connaissance, le tonisme musculaire et les convulsions cloniques, enfin la période d'exhaustion.

On sait que la perte de connaissance implique une altération fonctionnelle des centres percepteurs corticaux, et que cette altération, en dehors de l'action des agents toxiques, peut tenir à des causes intrinsèques telle qu'une forte excitation afférente ou une modification de la circulation cérébrale. Précisément Küssmaul et Tenner ont montré que l'anémie cérébrale aiguë produit des accès épileptiformes. Bien que ceux-ci diffèrent notablement de l'attaque épileptique vraie et en se basant sur ce seul fait que la face pâlit au début de l'attaque, on admet qu'il y a anémie cérébrale pendant l'accès épileptique. L'auteur a constaté que cela est faux et qu'il y a, tout au contraire, hyperémie; ses constatations ont été faites sur un homme trépané, chez lequel l'excitation électrique de l'écorce avait produit un accès d'épilepsie. Du reste, des constatations manométriques établissent que la pression carotidienne augmente lorsqu'on provoque une attaque chez un animal par l'injection d'essence d'absinthe. De plus, la papille optique est loin d'être anémiée chez l'homme pendant la durée de l'accès.

Nothnagel a donné naissance à des accès d'épilepsie en piquant le bulbe, mais, comme Binswänger l'a établi, il n'y a pas là lésion

d'un centre convulsivant, mais bien excitation des nerfs afférents et efférents qui traversent le bulbe.

Le point d'origine de l'accès est vraisemblablement celui dont l'excitation produit les premiers phénomènes de l'attaque; ce serait donc le centre respiratoire. Mais en dehors du centre de coordination des mouvements respiratoires qui existe dans le plancher du quatrième ventricule, il s'en trouve d'autres situés plus haut, dans l'écorce, et plus bas dans la moelle spinale. Il faut donc savoir si l'agent épileptogène agit à la fois sur toute la masse encéphalo-rachidienne ou sur une de ses parties. En répétant les expériences de Magnan, l'auteur a trouvé qu'après la section de la moelle au-dessous du bulbe, il n'y a pas de convulsion dans le domaine des centres situés au-dessous du point sectionné. La moelle agit donc comme conducteur, mais non pas comme source de stimulus nerveux. C'est plus haut qu'il faut chercher, et ce sont vraisemblablement les centres respiratoires corticaux qui sont en cause.

La perte de la conscience, qui se produit tout au début de l'attaque, après ou en même temps que le cri, indique d'ailleurs que si l'écorce n'est pas le point de départ de l'accès, elle est tout au moins dans les premières parties affectées.

Arrivons maintenant aux convulsions musculaires toniques d'abord, cloniques ensuite.

L'excitation de la moelle ou du bulbe par le courant induit produit des spasmes musculaires toniques qui disparaissent quand l'excitation cesse, et ne sont pas suivis de clonisme. Ce n'est donc pas là que prend naissance l'influx nerveux tono-clonique. Tout le monde s'accorde à constater que ce n'est pas non plus dans le mésocéphale, les ganglions de la base, ni le cervelet.

Restent alors les hémisphères. Encore une fois, si l'on enlève l'écorce et qu'on excite directement les fibres de la couronne rayonnante, il se produit des contractions musculaires toniques, jamais cloniques. Il en est tout autrement si l'on excite l'écorce; on voit alors apparaître des contractions toniques suivies de convulsions cloniques, et, comme Munk l'a établi, si l'on produit un accès épileptique en irritant la substance corticale, l'extirpation du centre excité arrête instantanément l'accès.

Mais la moelle ne modifie-t-elle pas l'influx qui la traverse venant du cerveau, ou le clonisme ne dépend-il pas de l'épuisement musculaire? Non, et la démonstration en est donnée par Horsley d'une façon excessivement ingénieuse. Si, pendant l'accès, on étudie dans la moelle les variations de l'oscillation négative, on constate que le muscle n'est pour rien dans l'intermittence clonique et que le courant nerveux est tono-clonique avant d'arriver au muscle. Si, d'ailleurs, on excite l'écorce, l'injection d'essence d'absinthe ne donne plus lieu

qu'à des contractions toniques, ce qui prouve que le muscle n'est pour rien dans le clonisme des convulsions. Un seul hémisphère peut suffire à provoquer l'accès, mais, à en juger par l'intensité et la symétrie des mouvements, ils participent habituellement tous deux à la production de l'attaque.

Ce travail, que j'ai cherché à résumer fidèlement, est admirable de méthode et d'analyse. Son importance pratique est grande; il en découle en effet une explication rationnelle des résultats heureux que la trépanation suivie de l'excision des centres intéressés a fréquemment procurés même dans les cas d'épilepsie idiopathique vraie. Il contient encore la justification de l'intervention chirurgicale dans la thérapeutique de cette terrible maladie.

RENÉ VERHOOGEN.

De la température centrale dans l'épilepsie, par BOURNEVILLE
(*Revue de médecine*, 1891).

Bourneville revient dans ce travail sur les observations qu'il a faites précédemment sur la température chez les épileptiques et vient appuyer ses vues anciennes de preuves nouvelles :

1° Une attaque d'épilepsie isolée unique, ne détermine qu'une élévation de température de 0°10 à 1°50, soit en moyenne de 0,50 à 0,60.

2° Lorsque les attaques se succèdent en série, mais que le malade reprend connaissance entre chacune des attaques d'une même série, la température subit les mêmes modifications que dans le cas de l'attaque unique.

3° Il en est tout autrement dans l'état de mal, lorsque les attaques se succèdent sans interruption, sans que le malade reprenne connaissance. On observe alors une élévation notable de la température; Bourneville l'a vu s'élever à 41°4, même 42°4.

4° Dans l'épilepsie partielle sans perte de connaissance, la température ne change pas.

J. D. B.

Note sur l'apathie épileptique, par FÉRÉ (*Rev. de médéc.*, 1891).

L'auteur expose l'histoire d'un malade dont l'état présente les plus grandes analogies avec un syndrome décrit par Guislain chez les épileptiques.

En traitement à Bicêtre depuis de longues années pour attaques et vertiges épileptiques, le malade prenait de fortes doses de bromure. Sans cause connue il se mit un jour à se plaindre de lassitude, demanda à aller au lit et tomba dans un état d'apathie complète; il avait conservé l'intelligence mais il était devenu paresseux et

lent. Le malade répondait convenablement aux questions qu'on lui posait, mais il le faisait avec lenteur; il ne prenait intérêt à rien et gisait dans son lit sans faire pour ainsi dire aucun mouvement. Il resta dans cet état pendant quatre jours au bout desquels se déclara une amélioration progressive; le malade ne fut complètement rétabli qu'au bout de dix jours.

F. considère cet état d'apathie comme une espèce d'équivalent épileptique. Il n'est pas dû à l'administration du brome dont le malade continua à faire usage pendant toute la durée de cet état anormal : il n'y avait du reste aucune espèce de bromisme.

J. D. B.

De l'élimination du bromure de strontium par les urines,
par FÈRE (Soc. de biologie, 1892).

L'auteur a constaté que le bromure de strontium apparaissait plus tardivement dans les urines que le bromure de potassium, mais que son élimination était beaucoup plus rapide et s'effectuait en beaucoup plus grande quantité. La facilité de l'élimination de ce médicament explique assez bien qu'on observe moins d'accidents cutanés à la suite de son administration qu'à la suite de celle des autres bromures, en particulier du bromure de potassium.

De l'inversion de la formule des phosphates dans l'épilepsie,
par FÈRE (Soc. de biologie, 1892).

Gilles de la Tourette et Cathelineau, ont observé, à la suite des paroxysmes hystériques, une inversion de la formule des phosphates urinaires. Il y aurait même là un caractère permettant de différencier les attaques hystériques des accès d'épilepsie.

Chez deux malades du service de l'auteur, atteints, l'un d'épilepsie vertigineuse, l'autre d'apathie épileptique, il a constaté un certain nombre de fois que les phosphates terreux étaient en proportion beaucoup plus considérable que les phosphates alcalins.

La valeur diagnostique de l'inversion de la formule des phosphates semble donc jusqu'à nouvel ordre des plus contestables.

J. M.

De l'influence des maladies infectieuses sur la marche de l'épilepsie, par FÈRE (Soc. de biologie, 1892).

On sait depuis longtemps que les maladies infectieuses peuvent avoir une action suspensive sur les accès d'épilepsie. Cette action

suspensive est surtout marquée à la suite de la fièvre typhoïde, de la variole, de la pneumonie, etc.; elle se manifeste aussi bien à l'égard des paroxysmes psychiques que des paroxysmes convulsifs du morbus sacer.

Il n'est pas besoin, du reste, d'une infection grave pour observer la suspension des accès. Les infections très légères qui résultent des vaccinations jennériennes suffisent pour suspendre momentanément les accès. On a noté le même résultat à la suite d'un simple abcès dentaire ou d'une irritation périphérique quelconque.

Il est donc incontestable que certaines maladies et particulièrement les maladies infectieuses peuvent modifier d'une façon heureuse la marche de l'épilepsie, mais peut-on baser sur ce fait une méthode de traitement rationnel de cette névrose? Cela paraît douteux, car il est également prouvé qu'il peut y avoir de sérieux inconvénients à déterminer des infections artificielles chez les sujets névropathes.

De la visibilité des effluves magnétiques et électriques chez les sujets en état d'hypnotisme, par J. LUYS (Soc. de biol., 1892).

Parmi les aptitudes nouvelles que l'on peut développer dans le système nerveux des sujets placés en état hypnotique, il en existe une très remarquable, celle de devenir sensible à l'action des barreaux aimantés, d'être attiré et repulsé par les effluves qui s'en dégagent, et surtout de *percevoir les différences de coloration des effluves* qui se dégagent soit du pôle positif, soit du pôle négatif.

L. a constaté, en outre, que non seulement ces sujets sont aptes à signaler la coloration des courants magnétiques, mais encore à reconnaître celle des courants électriques, des courants électro-magnétiques et des courants qui s'accumulent dans les bobines d'induction.

Pour mettre en évidence cette curieuse propriété, il place d'abord le sujet en léthargie et l'amène rapidement à l'état somnambulique. Il lui présente ensuite, successivement, les deux pôles d'un gros barreau aimanté à quatre ou cinq branches.

A ce moment, quand il s'agit du pôle nord, le sujet dit qu'il voit s'en dégager des effluves bleus comme des flammes d'un bouquet d'artifice; s'il s'agit du pôle sud, ce sont au contraire des flammes rouges qu'il signale, et l'on constate en même temps que l'action des effluves du pôle nord lui sont agréables, tandis que ceux du pôle sud lui sont pénibles et qu'il les voit avec peine.

Si on met le sujet en présence d'une pile, d'un appareil électrique quelconque non muni de ses rhéophores, une pile au bichromate p. ex., il signale dans la bouteille une nuance jaune diffuse; et si

on met les rhéophores en place, il voit les fils chacun avec une coloration spéciale; le pôle positif ou pôle nord dégage des effluves colorés en bleu, le pôle négatif ou sud, des effluves colorés en rouge, et s'il y a une bobine d'induction, elle lui paraît colorée en jaune.

Un procédé plus simple pour éveiller la sensibilité aux couleurs magnétiques consiste à ne mettre que la rétine en état d'hypnotisation, le cerveau restant en dehors de l'opération.

Le sujet sensitif se place devant l'opérateur qui promène transversalement ses deux doigts au devant de ses yeux; il produit alors un état d'éréthisme de la rétine se caractérisant, à l'ophtalmoscope, par une vascularisation instantanée, qui donne à la surface nerveuse une suractivité extra-physiologique tout à fait spéciale.

On a eu soin à l'avance de faire dessiner sur une feuille de papier les objets divers dont on veut étudier la coloration des effluves, et le sujet ayant eu au préalable les yeux ainsi préparés artificiellement, son cerveau demeurant intact, non hypnotisé, on lui présente un pinceau avec différentes couleurs et on lui enjoint de colorer comme il les voit les différents points que l'on désire connaître. C'est ainsi qu'on le voit sans aucune sollicitation extérieure, s'il s'agit d'un barreau aimanté, mettre des colorations bleues au pôle positif, des colorations rouges au pôle négatif; s'il s'agit des rhéophores d'une pile, les colorer d'une façon similaire, le bleu sur le fil positif, le rouge sur le fil négatif, le jaune sur les bobines d'induction : en un mot, il rend visibles et apparentes une multitude d'actions fluidiques qu'avec les seules ressources de nos yeux nous sommes complètement incapables de reconnaître⁽¹⁾.

J. M.

Quelques considérations sur le sommeil, par ALEX. PILCZ
(*Neurol. Centralbl.*, 1892).

La fatigue est une propriété des cellules corticales et des fibres d'association comme des fibrilles musculaires. Elle est due à l'accumulation de substances spéciales de nature chimique inconnue. Devient-elle assez intense, à des heures déterminées, l'animal, l'homme se couche ou en d'autres termes cherche la position dans laquelle il est le mieux soustrait aux influences extérieures, aux excitations douloureuses; celle où l'effort musculaire devient minimum, et en même temps cesse autant que possible de penser. Les

⁽¹⁾ Peut-être pourrait-on considérer ces colorations lumineuses qui se dégagent des pôles des aimants, comme des aurores boréales rudimentaires échappant à la faiblesse de notre vue.

J. L.

cellules cérébrales déjà fatiguées ne reçoivent plus d'excitations auxquelles il leur faille répondre; elles ne travaillent plus; leur force d'attraction nutritive diminue donc; elles n'ont plus la force de se pourvoir de la quantité de sang nécessaire. Le cœur ne répand plus le sang que dans les artères du cerveau moyen et les artères volumineuses de l'écorce, beaucoup moins dans les capillaires de la substance grise. Le sommeil est donc la conséquence d'un trouble fonctionnel, de l'anémie relative de l'écorce, de l'hyperémie relative du cerveau moyen.

C'est ce qu'a démontré expérimentalement le soussigné en collaboration avec le D^r Verhoogen dans un travail dont une communication préalable a paru dans ce bulletin.

J. D. B.

Plusieurs attaques de sommeil paradoxal chez un aliéné, par
SZEZYPIORSKI (*Ann. médic. psych.*, 1891).

Un réfugié politique russe à Paris, fortement taré au point de vue héréditaire, était atteint de délire de persécution avec alternatives d'excitation et de dépression, lorsqu'un jour il tomba brusquement endormi, sans qu'aucun prodrome ait annoncé l'arrivée de ce sommeil. Il resta dans cet état pendant 4 jours; il y avait diminution de la sensibilité, affaiblissement musculaire, augmentation des phosphates urinaires; le malade continua à ingérer de la nourriture; il avalait et digérait tous les aliments qu'on lui faisait passer entre les lèvres. — 12 jours après ce premier accès de sommeil, un second accès d'une durée de 8 jours; 24 heures après, troisième accès qui dura pendant 7 semaines; 10 jours après, quatrième accès d'une durée de 35 jours; un cinquième accès après un intervalle de 10 jours; il se termina inopinément: comme on avait conçu des doutes sur la réalité de ce sommeil prolongé, on avait frotté les testicules du malade; celui-ci se réveilla, et protesta vivement en demandant pourquoi on lui faisait subir un traitement pareil. Il lui fut répondu que puisque cette manœuvre le réveillait elle serait renouvelée chaque fois que besoin en serait. Depuis, le malade n'a plus eu d'accès.

J. D. B.

Le sommeil provoqué par l'occlusion des oreilles et des yeux chez les individus affectés d'anesthésie hystérique généralisée, par
M. GILBERT BALLET (*Le progrès médical*, 1892).

Un malade a 36 ans. Jusqu'en 1886 il paraît avoir joui d'une bonne santé bien qu'il fût de longue date très nerveux et très émotif. Deux de ses oncles, l'un du côté paternel, l'autre du côté maternel,

sont morts aliénés. L'hérédité nerveuse convergente, dont il porte le poids, explique que les causes occasionnelles qui, chez d'autres, fussent peut-être restées sans effet, aient déterminé chez lui l'apparition de troubles nerveux multiples. Au mois de septembre 1886, il se promenait à Marseille sur le bord de la mer. Il voulut escalader un rocher, le pied glissa et il tomba à l'eau d'une hauteur de six mètres environ. On le repêcha aussitôt, mais il avait perdu connaissance. Peu de temps après cet accident se manifestèrent les phénomènes suivants : Il est devenu incapable de gagner sa vie, est depuis cinq ans l'hôte habitué des hôpitaux de Paris, il a été observé et étudié à différents points de vue par Debove, à Paris et Pitres, à Bordeaux. G. B. le suit depuis bientôt quatre ans.

Il offre un exemple très remarquable de l'association chez un même sujet de plusieurs névroses. Debove, en 1887, avait noté chez lui les symptômes de l'hystérie et du goître exophtalmique; Pitres constata en outre des phénomènes relevant de la neurasthénie.

Négligeons la neurasthénie qui est la moins accentuée des trois névroses : actuellement les symptômes de l'hystérie et du goître exophtalmique sont aussi évidents que possible (saillie assez appréciable des globes oculaires, tuméfaction réelle quoique peu accusée du corps thyroïde, palpitations et tremblement).

Quant aux troubles qui relèvent de l'hystérie, le malade a eu des attaques rares. Il existe des zones douloureuses au niveau de la fosse iliaque gauche et de la partie dorsale supérieure de la colonne vertébrale. Les troubles de la sensibilité sont bien marqués.

Pour la sensibilité générale on constate, une anesthésie absolue comme degré, totale comme étendue de la peau et de toutes les muqueuses accessibles. On peut toucher, pincer, piquer, brûler ces muqueuses et la peau sans que le malade accuse la moindre sensation agréable, indifférente ou pénible. Lorsque la vessie et le rectum sont distendus par l'urine et les matières fécales, il éprouve un sentiment de gêne au bas-ventre qui l'avertit du besoin de s'exonérer, mais il ne sent passer ni les matières fécales, ni l'urine. Il sent la faim, mais avale sans pouvoir dire si les aliments ont pénétré dans l'estomac. Le dernier rapport sexuel qu'il ait eu remonte à un an. Il a accompli le coït, mais n'a éprouvé aucune sensation voluptueuse.

Le sens musculaire est aboli comme la sensibilité tégumentaire aussi bien à droite qu'à gauche. Non seulement les tiraillements, les torsions exercés sur les articulations et les os ne sont pas perçus, mais le malade n'a nulle conscience des mouvements communiqués à ses membres et de la situation qu'ils occupent. Il doit regarder son bras et sa jambe pour savoir où ils se trouvent.

Les sensibilités spéciales sont aussi profondément atteintes. Le

goût et l'odorat sont totalement supprimés. L'ouïe est simplement diminuée, mais d'une façon notable : le bruit de la montre à droite et à gauche n'est pas perçu au delà de 15 centimètres. Quant à la vue, il existe un double rétrécissement concentrique très accusé du champ visuel. A gauche, où il y a de la polyopie monoculaire, la vision est moins étendue et moins nette qu'à droite.

En résumé, il n'entre plus en relation avec le monde extérieur que par l'intermédiaire de la vue et de l'ouïe ; et comme l'ouïe et la vue elles-mêmes ont perdu une grande partie de leur puissance normale, la moyenne de communication avec l'extérieur se trouve réduite au minimum.

L'abolition du plus grand nombre des modes de la sensibilité a pour corollaire un trouble profond des facultés qui tient lui-même à une désagrégation de la conscience. La vue étant le sens le moins atteint, les impressions et les images visuelles tiennent la large, presque l'unique place, dans ses opérations cérébrales. Il a, à chaque instant de la nuit et du jour, des hallucinations de la vue, multiples et variables. Il lui semble, par exemple, qu'il est dans une forêt, cerné par des animaux et des hommes armés. Il voit des gendarmes, diverses personnes connues et, comme les impressions sensorielles ne sont plus là pour rectifier les hallucinations, il se laisse aller à croire à la réalité de ces dernières. « Quand je cause avec vous, dit-il, je vois bien que tout cela est faux. Mais quand je suis seul, je crois à mon cauchemar, à mon rêve. »

La suggestibilité du malade à l'état de veille est excessive. On lui donne avec la plus grande facilité des hallucinations les plus diverses ; on modifie au gré de la fantaisie la direction de ses idées ; et si les résultats ne sont pas durables, ils sont du moins obtenus sans la moindre difficulté. Le malade est comme un automate passif aux mains de l'observateur.

Qu'advierait-il si le peu de sensibilité auditive et optique qui subsiste le malade, venait à disparaître ?

Il est facile d'y répondre expérimentalement. Il suffit pour cela d'occlure ses oreilles, et d'abaisser ses paupières. Ainsi privé des seules voies centripètes encore ouvertes chez lui, le malade se trouvera en fait dans la situation de quelqu'un chez qui seraient abolies toutes les sensibilités, générales et spéciales.

G. B. introduit un peu d'ouate dans les oreilles du malade de façon à les fermer aussi complètement que possible. Rien n'est encore changé dans l'attitude et l'expression de la physionomie. Il abaisse alors les paupières et aussitôt la situation se modifie du tout au tout. Il s'affaisse sur lui-même. Étendu par terre comme un corps inerte, G. B. soulève les membres et ceux-ci retombent lourds et

flasques. Il interpelle le malade, il ne l'entend pas. Il a fait tout le possible pour soustraire les oreilles aux vibrations sonores. Mais en enlevant l'ouate qui les occlut, le malade ne l'entend pas davantage. Il semble que le peu de sensibilité auditive qui lui restait ait été comme supprimé par l'occlusion des yeux.

G. B. en conclut que la suppression des sensibilités persistantes chez le malade, amène l'abolition de toutes les fonctions cérébrales. En effet, il ressemble actuellement à quelqu'un dont les hémisphères auraient cessé d'agir. Il est plongé dans une sorte de sommeil et de sommeil en apparence aussi profond qu'on puisse le supposer.

Des phénomènes analogues à ceux constatés chez ce malade ont été déjà notés chez d'autres malades.

Raymond relate le fait très analogue d'un individu également affecté d'anesthésie généralisée et qui avait aussi conservé une partie des sensibilités auditive et visuelle. Or, il suffisait d'appliquer sur les yeux un bandeau pour provoquer un état semblable de ci-dessus.

Raymond a réuni d'ailleurs plusieurs autres faits du même genre empruntés à la littérature. Le plus remarquable est dû à Strümpell, qui paraît avoir réalisé le premier l'expérience décrite.

Raymond conclut de l'ensemble des faits observés : que l'activité cérébrale, qui constitue l'état de veille, ne peut se maintenir qu'à la faveur des excitations du dehors. G. B. adhère à cette conclusion. Toutefois, il met en relief certaines particularités qui n'ont pas suffisamment recherchées.

Quels sont les caractères et la nature de ce sommeil artificiel provoqué par l'occlusion des paupières chez les individus atteints d'anesthésie généralisée? S'agit-il là d'une suppression pure et simple de l'activité cérébrale analogue à celle qu'on suppose exister dans le sommeil normal, ou n'aurait-on pas plutôt affaire à un état qui se rapprocherait des sommeils hypnotiques?

Les apparences plaident tout d'abord en faveur d'une suppression absolue des fonctions du cerveau. L'état actuel a succédé sans transition et brusquement à l'état de veille au moment même où les yeux ont été fermés. Le malade est étendu inerte sur son lit. Le tremblement, si prononcé pendant la veille, a cessé tout d'un coup au moment même où il est entré dans l'état actuel. Le pouls, qui chez lui bat habituellement de 120 à 160, bat moins de cent fois. Le nombre des respirations est tombée de 40 à 22.

On peut dans la situation présente (l'anesthésie est habituelle chez le malade), on peut le piquer, l'électriser violemment sans provoquer la moindre réaction. Il paraît ne rien entendre même du gong à son oreille. Dans cet état il lui arrive parfois d'aller à la garde-robe et il ne s'aperçoit de la chose qu'au réveil. Il y a donc eu un sommeil très profond.

Ce sommeil est produit non par le fait de l'abaissement des paupières, mais par l'interposition d'un obstacle sur le trajet des rayons lumineux. En effet, il se produit spontanément, bien que le malade s'efforce de ne pas fermer les yeux, lorsque celui-ci est surpris par la nuit ou lorsqu'il se trouve dans une chambre non éclairée. Il raconte qu'à Bordeaux il lui est arrivé de coucher dans une chambre recevant le jour par une simple lucarne et complètement obscure le soir : or, quand le jour fit son apparition, il constata qu'il avait souillé sa couche et ne put se rendre compte de la façon dont il avait passé la nuit. Pareil fait ne se produit pas à l'hôpital parce que la salle est éclairée par une veilleuse. De plus, il affecte une certaine prédilection pour les lits qui sont les plus voisins de la lumière.

Pour dissiper le sommeil, il suffit d'entr'ouvrir ses paupières. Aussitôt il se lève d'un bond, regarde un peu ahuri autour de lui et se demande ce qui vient de se passer, car il n'a gardé nul souvenir de cette phase de son existence.

Voilà les faits en gros. Ils demandent à être étudiés avec plus de soin, si l'on veut résoudre la question sur les relations de ce sommeil avec le sommeil normal ou les différentes modalités connues du sommeil hypnotique.

Raymond ne pense pas qu'on puisse assimiler l'état d'hypnose observé chez les individus dont il parle au sommeil naturel ; l'argument qu'il invoque a sa valeur, sans être toutefois péremptoire. Son malade, comme les autres dont il parle, était, en dehors de l'état de sommeil provoqué, en proie à l'insomnie. C'est aussi ce qui a lieu chez le malade actuel : il ne dort que quelques heures chaque nuit et d'un sommeil agité par des cauchemars et des rêves. Il affirme, d'ailleurs, qu'il fait une grande différence entre le sommeil spontané et celui dans lequel on le met en lui abaissant les paupières. Au réveil, dans les deux cas, il n'a pas les mêmes sensations. Mais il ne peut s'expliquer d'une façon plus catégorique sur ces sensations. On n'est pas parvenu à le surprendre pendant le sommeil de la nuit. Il eût été très intéressant de comparer ce sommeil à celui provoqué par l'occlusion des yeux. Et l'on ne comprend guère *a priori* pourquoi l'un et l'autre seraient différents si l'abaissement des paupières, qui doit exister dans les deux, est la cause unique du second.

On peut arriver par une autre voie à établir qu'il y a d'étroites relations entre le sommeil provoqué chez le malade et les sommeils hypnotiques. G. B. pense que si Raymond a pu avancer que ce sommeil provoqué ressemble plus au sommeil normal qu'à l'hypnose classique, telle qu'on la développe chez les hystériques, c'est qu'absorbé par d'autres questions incidentes, d'ailleurs pleines d'intérêt, il n'a pas poussé assez loin l'analyse expérimentale.

On est, en effet, en face d'un état de sommeil hypnotique qui diffère plutôt par des nuances que par le fond de quelques autres états connus de sommeil provoqué, notamment de la léthargie.

G. B. appelle l'attention sur quelques particularités qui ne s'observent pas dans le sommeil normal. Chez son malade les paupières supérieures sont animées de petites contractions intermittentes et régulières qui ressemblent à des battements. De plus, de temps en temps on sent au-dessous des replis palpébraux les globes se mouvoir, soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors. Enfin si l'on essaye d'ouvrir la bouche, on y arrive, mais on éprouve une certaine résistance qui prouve que les masséters ont une tendance à se contracter. Tout cela fait songer plutôt à une forme du sommeil hypnotique qu'au sommeil naturel.

Les expériences suivantes compléteront ces renseignements. Elles vont établir : 1° que le malade est susceptible d'accomplir, pendant le sommeil provoqué par l'occlusion des yeux, des actes suggérés durant la veille; 2° qu'en dépit des apparences et bien qu'il présente l'aspect d'une masse inerte, il peut, durant son sommeil, recevoir des ordres qu'il exécute soit après le réveil, soit pendant le sommeil même.

Avant d'occlure ses yeux G. B. lui dit : « Quand vos yeux seront fermés, vos bras deviendront raides. » Il abaisse les paupières et on peut constater que les membres supérieurs au lieu d'être flasques et inertes sont affectés de contracture. Il réveille le malade et recommence l'expérience avec le membre inférieur; elle réussit de la même façon.

A la vérité on n'a guère à suggérer au malade que les contractures. C'est en vain qu'on a cherché à lui donner des hallucinations. G. B. lui dit pendant qu'il est dans son état habituel de veille : « Une fois endormi, vous verrez un serpent. » Il ferme les yeux et vous constatez que rien dans l'expression de la physionomie ne permet de supposer que le sujet ait devant les yeux l'image effrayante du serpent. Pourtant, une fois, lui ayant suggéré qu'il verrait un lion, on a surpris certains mouvements des muscles du visage qui autorisent à penser que l'hallucination avait lieu. Aussi G. B. n'est pas certain qu'avec quelque exercice et en répétant les expériences de cet ordre on n'arriverait pas à des résultats plus appréciables et plus constants.

Il en résulte que le malade exécute durant le sommeil provoqué quelques-uns au moins des ordres donnés pendant la veille, ceux notamment qui ont pour but d'amener la raideur et la contracture des membres.

G. B. essaye ensuite de suggérer le malade pendant qu'il dort.

Au premier abord la chose semble impossible, car il apparaît comme un corps inerte, insensible à toute excitation. Mais en y regardant de près on peut voir que cette insensibilité absolue n'est qu'apparente.

Tandis que le malade est en sommeil, G. B. lui dit : « A votre réveil, vous aurez la jambe raide. » Il paraît ne pas entendre, le visage reste sans expression, on ne note aucun jeu de physionomie, qui permette de supposer que le malade ait entendu. Et cependant consciemment ou inconsciemment il a entendu, car en le réveillant et en soulevant ses paupières, aussitôt sa jambe devient raide.

Avec le bras, avec la langue, l'expérience réussit de même. On lui dit : A votre réveil vous ne pourrez plus parler; éveillé il a peine à articuler les mots; la langue est manifestement contracturée, il ne peut la tirer hors de la bouche.

Mais on peut donner au malade bien d'autres suggestions que son cerveau, en apparence inactif, recevra et exécutera fidèlement au réveil. On peut lui suggérer des hallucinations : on lui annonce qu'il verra un serpent; on constate qu'aussitôt éveillé il se défend avec horreur contre la vision. On peut même lui suggérer de simples idées. Depuis hier, le malade demande impatiemment sa sortie; on le convainc qu'il est très heureux à l'hôpital et qu'il veut y rester : à son réveil il ne demande plus à sortir et déclare se trouver très bien à l'hôpital.

G. B. a choisi ces expériences au milieu d'un grand nombre d'autres. Elles établissent que l'inactivité cérébrale ou au moins l'incapacité d'action du cerveau est plus apparente que réelle pendant le sommeil provoqué par l'occlusion des yeux, et que l'encéphale, en dépit des apparences, est susceptible de commander certaines réactions motrices et de percevoir certaines impressions auditives. Ce n'est donc pas un organe en état d'absolue inertie.

Donc, le malade *entend* pendant qu'il dort. Prouvons maintenant qu'il perçoit les impressions tactiles. Cette affirmation semble étrange, alors qu'on a pu tout à l'heure dans l'état de veille, comme dans l'état de sommeil, pincer, piquer, brûler le malade sans qu'il ait accusé la moindre sensation.

G. B. touche avec la main la jambe gauche du malade endormi en dissimulant soigneusement son bras, et lui dit : A votre réveil *cette* jambe (la jambe gauche) sera raide. Il soulève les paupières et on constate que le membre inférieur gauche est raide en effet. Or, par quelle voie est-on arrivé à lui indiquer qu'il s'agissait du membre gauche, non du droit? pas par l'ouïe? parce que le mot gauche n'a pas été prononcé. Simplement par le contact. En disant *cette* jambe G. B. parlait de celle qu'il touchait. Le malade ne s'y est pas trompé; la peau a donc senti une main.

Comment interpréter ce fait ? Le malade est à l'état de veille, affecté d'une anesthésie tactile absolue. On est donc amené à supposer ou que le tact aboli pendant la veille est retrouvé à l'état de sommeil, ou qu'à l'état de veille comme à l'état de sommeil son abolition n'est qu'apparente.

La première hypothèse est peu vraisemblable. Sans doute, dans certains états hypnotiques, il y a retour et même exaltation des sensibilités abolies pendant la veille. Mais ce n'est pas le cas ici, puisque pendant le sommeil les sensations paraissent être chez le malade au moins aussi obtuses qu'en de dehors de cet état. On est ainsi ramené vers la seconde hypothèse : durant la veille, comme durant le sommeil, l'anesthésie est apparente, non réelle. C'est un fait connu que les hystériques qui paraissent ne pas sentir les contacts les sentent en réalité, mais inconsciemment. Les impressions tactiles ne sont plus perçues par la conscience dont le champ est, comme on dit, rétréci, mais elles n'en arrivent pas moins au cerveau qui les reçoit et emmagasine à son insu. On en a la preuve en répétant, à l'état de veille, l'expérience faite chez le malade pendant le sommeil. Or, affecté d'une anesthésie profonde et complète, il suffit (le malade étant très suggestible à l'état de veille) de toucher le bras gauche en disant : *ce bras est raide*, pour qu'aussitôt le bras se contracture. Il a donc, à son insu, perçu le contact de la main, puisqu'il a interprété correctement l'indication qu'elle lui donnait et que seule elle pouvait lui donner, car il avait eu soin de prendre toutes les précautions pour que ni la vue, ni l'ouïe n'intervinssent ici.

Ces expériences permettent de préciser les caractères symptomatiques de ces singuliers états de sommeil provoqués par la suppression artificielle et momentanée des quelques sensibilités persistantes chez les individus atteints d'anesthésie sensitivo-sensorielle très étendue. Sans doute il pourrait se faire que tous les cas ne fussent pas identiques les uns aux autres ; on serait surpris toutefois qu'il put y avoir entre eux des différences fondamentales.

Il n'est pas juste de dire que, dans ces états de sommeil, toute perception soit abolie, toute opération cérébrale impossible. On a pu se faire entendre par le sujet, bien qu'il parût tout à fait sourd, que le contact des mains était senti, bien que le sujet semblât tout à fait insensible, qu'enfin le cerveau était capable de conserver l'empreinte de certains ordres suggérés et d'exécuter ces ordres au moment même où ses opérations paraissent totalement abolies.

Le sommeil provoqué dans les conditions se rapprochait-il davantage du sommeil normal ou des sommeils hypnotiques ? Raymond avance que les états de sommeil dont il s'agit « diffèrent autant des phénomènes d'hypnose classique qu'on développe chez les hystéri-

ques qu'ils ressemblent davantage au sommeil naturel. » Réserves faites pour la dissemblance possible, G. B. ne croit pas cette conclusion fondée. Le principal argument de Raymond, c'est l'absence de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire qui constitue l'un des caractères fondamentaux de la léthargie hypnotique. Or, si l'hyperexcitabilité a fait défaut dans le cas de Raymond, c'est peut-être qu'on ne l'a pas assez longtemps recherchée. En effet, lors des premiers examens de G. B., l'hyperexcitabilité n'existait pas chez son malade. Avec le temps, elle a fait son apparition et actuellement il suffit de malaxer un peu les masses musculaires pour en déterminer la contracture.

Il n'y a donc pas de différence fondamentale entre la léthargie et l'état de sommeil provoqué chez ce malade par l'occlusion des paupières. Il s'agit là, au contraire, d'un profond sommeil léthargique qui n'est pas sans doute la léthargie classique telle qu'on la rencontre dans les cas typiques de grand hypnotisme, mais qui s'en rapproche de très près.

J. M.

Note sur le dédoublement de la personnalité et les hallucinations verbales psycho-motrices, par SÉGLAS (*Archives de Neurol.*, 1891).

I. — Homme de 36 ans, hérédité maternelle, développement intellectuel et corporel lent, convulsions dans l'enfance. Sous l'influence d'excès alcooliques et d'une excitation psychique violente, idées de grandeur suivies d'idées de persécution. Hallucinations de l'ouïe de deux espèces; il entendait la voix de ses persécuteurs, et d'autre part une autre voix qui lui dictait tous ses actes, toutes ses paroles.

II. — Femme de 63 ans; pas d'hérédité nerveuse; bien portante jusqu'au moment où se développa la maladie actuelle. Religiosité exagérée; conceptions délirantes; dans son corps se trouvent cinq prêtres qui la tiennent sous leur domination et lui dictent ses actes, ses pensées, ses paroles qu'elle prononce; ces prêtres se servent de ses oreilles pour entendre, de ses yeux pour voir, de ses lèvres pour parler. En même temps lésions profondes de la sensibilité générale (sensations de froid, de doigt mort, hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût).

Séglas conclut de ses observations que le dédoublement de la personnalité, l'hallucination psychique, comme l'appelle Baillarger, est due surtout à un trouble fonctionnel des centres moteurs de la parole; elle se caractérise surtout par des hallucinations de la voix et de la volonté. Aussi l'auteur propose-t-il de lui donner le nom de : hallucination verbale psycho-motrice.

J. D. B.

De l'état du sang dans les maladies psychiques, par
M. KRYPIAKIEWICZ (*Sem. médic.*, 1892).

K. a examiné le sang dans plusieurs cas d'affections mentales, au point de vue de la présence des cellules éosinophiles. La plupart de ces cas concernaient des malades atteints de paralysie générale à toutes les périodes. L'auteur n'a jamais trouvé une augmentation du nombre des cellules éosinophiles, mais il a presque toujours constaté une augmentation des leucocytes. Le résultat fut le même chez les malades atteints de démence secondaire. Dans un cas de psychose climacérique avec idées érotiques, les cellules éosinophiles étaient considérablement augmentées. Il en était de même chez un jeune homme atteint de manie sexuelle. La quantité d'hémoglobine est très souvent diminuée dans les psychoses; on trouve, en outre, une poikilocytose prononcée. L'anémie est surtout accusée dans les cas où la psychose primitive est rapidement suivie de démence secondaire; elle est proportionnelle à l'intensité de l'affection et a une certaine importance pronostique et thérapeutique.

Les amnésies, par M. ROUILLARD (*Gaz. des Hôpit.*, 1892).

L'amnésie n'est pas un symptôme de premier ordre. On la rencontre le plus souvent accompagnée d'autres troubles intellectuels et physiques d'une importance plus grande. De plus, le diagnostic de l'amnésie n'est pas facile; les malades ont rarement conscience de leur affaiblissement, de leur mémoire et l'entourage partage leur erreur parce qu'on néglige souvent de constater si la mémoire des faits nouveaux est abolie. Ajoutez-y que l'amnésie de certains faits peut se compliquer d'hypermnésie de certains autres.

Avant de pénétrer dans les détails du sujet, R. rappelle la définition de Littré : la mémoire est la faculté de rappeler les idées et la notion des objets qui ont produit les sensations. Elle implique donc deux propriétés essentielles, la *conservation* et la *reproduction*. Ribot y ajoute, avec raison, une troisième la *localisation des souvenirs dans le passé*.

Après avoir décrit les classifications de Ribot, de Legrand du Saulle et de Voisin, R. en présente une autre qui paraît plus pratique. Elle se divise en six groupes :

1° *L'amnésie congénitale*, qui est celle de l'idiot, de l'imbécile, des crétins. Ce n'est pas une perte de mémoire, mais un défaut de développement. Ce symptôme est accompagné de défaut de développement de l'intelligence et de différents signes de malformations crânio-faciales.

L'éducation peut améliorer la mémoire de l'imbécile, dont le développement contraste souvent avec l'atrophie des autres facultés.

2° *L'amnésie par traumatisme*, c'est-à-dire liée au traumatisme qui l'a produit. Le plus souvent elle porte sur l'accident et est très souvent isolée, exempte d'autres troubles intellectuels ou physiques; elle laisse parfois le blessé capable de vaquer à ses occupations habituelles; la mémoire ne fonctionnant que par automatisme, la mémoire métaphysique et consciente étant suspendue, seule, la mémoire biologique continue son fonctionnement.

L'amnésie par traumatisme peut être rétrograde; elle est la seule à présenter ce dernier caractère. Son évolution normale est la tendance vers la guérison; son pronostic est favorable, à moins de lésions graves des centres nerveux. Si elle est isolée, elle guérit toujours.

Le caractère rétrograde de l'amnésie est très important en médecine légale. Les affirmations d'un blessé à la tête ne peuvent être acceptées qu'avec réserve. A l'inverse de l'hystéro-traumatisme qui se manifeste parfois longtemps après l'accident, l'amnésie est toujours contemporaine de celui-ci. Si elle apparaît plus tard, c'est qu'elle tient à une autre cause plus grave et elle n'a plus la forme traumatique, mais le plus souvent la forme progressive (amnésie de la paralysie générale par traumatisme, p. ex.).

R. croit que l'amnésie traumatique porte toujours sur l'accident et, si le blessé, amnésique par la suite, peut en rapporter les diverses circonstances, cela tient à ce que des témoins lui en ont fait le récit.

L'amnésie a été générale, si la mémoire est atteinte toute entière, la restauration de cette faculté se fait de la même façon qu'elle se crée. Les faits se gravent toujours dans la mémoire suivant un ordre chronologique, du simple au composé. On voit les souvenirs revenir dans le même ordre, les plus anciens et les plus simples précédant les plus récents et les plus compliqués.

Au traumatisme ordinaire R. ajoute le *traumatisme moral* (peur, émotion, chagrin). L'amnésie a, dans ce cas, les mêmes caractères, mais elle n'est pas toujours pure, étant souvent compliquée de troubles mentaux. Le traumatisme moral ne se produirait que chez les prédisposés (hérédité).

3° *L'amnésie, liée à des maladies de l'encéphale ou de ses enveloppes*, est toujours progressive, générale, d'un pronostic très grave. Elle est intimement liée à la cause qui l'a fait naître (sénilité, paralysie générale des aliénés, maladies à lésions diffuses). L'amnésie porte d'abord sur les faits récents; la mémoire des noms propres part la première, puis celle des faits; elle gagne ainsi progressivement une, deux, plusieurs années; bientôt il ne reste plus que les souvenirs de l'enfance qui tomberont à leur tour.

Ici se range encore l'amnésie de la syphilis cérébrale qui peut être partielle ou massive suivant l'étendue de la lésion. Le pronostic dans ce cas doit être réservé.

Cette amnésie existe encore dans la démence simple (dont les lésions sont inconnues), la sénilité précoce et l'alcoolisme chronique. Dans ce dernier cas, elle subit des hauts et des bas, sous l'influence de l'intoxication plus ou moins rapide.

4° *L'amnésie, liée aux grandes névroses*, est périodique. Elle est partielle chronologiquement en ce sens qu'elle n'affecte la mémoire que relativement à une période de la vie. Elle est pathognomonique. Les cas mentionnés d'épileptiques se souvenant des actes commis pendant l'attaque, paraissent peu authentiques. Ils s'expliquent si l'on songe que l'entourage du malade lui rappelle volontiers les actes commis pendant cette période d'inconscience. On retrouve encore cette amnésie périodique dans le somnambulisme naturel ou provoqué et dans l'hystérie; tous ces cas reposent plus ou moins sur le dédoublement de sa personnalité (rappel des souvenirs dans la position prime, amnésie dans la position seconde).

R. range dans ce groupe les cas de Magnan et de son école où des impulsions au crime, à l'homicide ou simplement bizarres, sont accompagnés d'amnésie. Beaucoup de dégénérés ne sont-ils pas hystériques ou épileptiques? — Après l'attaque la mémoire reprend son intégrité.

5° *L'amnésie succédant à des maladies aiguës et aux influences dépressives, débilitantes*. Elle n'est jamais partielle et a une tendance vers la guérison.

6° *L'amnésie par intoxication*. Elle est généralement précédée d'une première phase, a la forme progressive et s'arrête dans sa marche lorsque l'intoxication cesse; elle prend alors une marche régressive qui tend vers la guérison lorsque le poison est éliminé. L'intoxication progressant, l'amnésie progresse également et se rapproche du type des amnésies dépendant des affections cérébrales. R. mentionne ici les toxiques d'origine minérale (plomb, mercure, sulfure de carbone, oxyde de carbone) et les toxiques d'origine végétale (narcotiques, tabac, haschisch, alcool).

J. M.

De la perte du langage musical, par L. v. FRANKL-HOCHWART
(*Deutsch. Ztsch. f. Nervenhe.*, 1891).

Nous résumons les cinq observations de l'auteur.

Premier cas (homme de 50 ans) : aphasie totale. Le malade avait perdu la faculté de comprendre la musique, il n'avait plus connu du langage musical que les débris d'une mélodie,

Les quatre autres malades (24, 43, 55, 40 ans) comprenaient ce qu'on leur disait; trois d'entre eux étaient absolument incapables d'exprimer leur pensée, la quatrième très imparfaitement. Aucun de ces quatre malades ne parvenait à chanter spontanément la moindre note de musique, l'un d'eux réussissait à jouer quelques débris de mélodies sur un instrument. Ils comprenaient les titres des morceaux qu'on leur rappelait et savaient ce qu'ils représentaient mais étaient incapables de jouer la mélodie correspondante. Les deuxième et troisième malades jouaient lorsqu'ils avaient les notes imprimées sous les yeux; mais étaient incapables de chanter l'air qu'ils jouaient. — Dans chacun de ces cas donc où il avait perte de la parole, il y avait aussi perte du langage musical.

On trouve dans la littérature médicale un plus grand nombre de cas d'aphasie avec conservation du langage musical que d'amusie avec persistance de la faculté du langage ordinaire. Finkelnburg, Bouillaud, Oppenheim, Limheck ont décrit des cas d'aphasie sans amusie. Certains individus savent à peine prononcer quelques paroles et savent cependant chanter; il en est ainsi par ex. dans l'idiotisme congénital, dans l'ivresse.

On n'a jamais rencontré de malade privé du langage musical seul; jamais la suppression de ce langage n'a été observée dans les affections de l'hémisphère droit. Un point difficile à expliquer, c'est de savoir pourquoi le langage musical est tantôt aboli, tantôt conservé. Pour en rendre compte, l'auteur adopte les théories de Stricker sur la formation des idées musicales et termine son travail par les conclusions suivantes :

Les images musicales, ont chez beaucoup de gens, pour base l'innervation de l'appareil labio-laryngé; il n'en est pas ainsi chez d'autres.

Il faut donc admettre que chez beaucoup d'individus le langage ordinaire et le langage musical ont des centres identiques ou au moins voisins. Le langage musical apparaît chez l'enfant en même temps que le langage ordinaire; souvent en cas de maladie ils se perdent simultanément.

J. D. B.

Quelques considérations sur des troubles de la parole chez les hypocondriaques et les aliénés, par KLINKE (Allg. Ztschr. f. Psych., 1891).

L'auteur signale certains troubles de l'articulation de la parole qu'il a rencontrés dans diverses formes d'aliénation mentale; ils rappellent le balbutiement indistinct de l'enfant. Il les a observés

d'abord dans l'hypocondrie, puis dans le délire aigu, la manie, la période mélancolique de la folie circulaire, l'hystérie, la paranoïa. La parole prend chez ces malades les caractères qu'elle affecte chez l'enfant; simultanément certains d'entre eux s'imaginent être redevenus enfant. Les hypocondriaques prétendent avoir perdu la langue. Kussmaul et Preyer ont signalé et décrit ces troubles de la parole, mais on n'en trouve aucune mention dans les ouvrages de psychiatrie. L'auteur les rapproche des troubles de la parole qui se présentent sous forme d'obsessions, et il en voit la cause dans des illusions ou des hallucinations du sens musculaire de l'appareil phonateur.

J. D. B.

Un cas de folie homicide et suicide, par FRANK ASHBY ELKINS
(*Journ. of mental science*, 1891).

Jeune homme héréditairement taré, adonné par accès à la boisson; traumatisme crânien dans l'enfance. — En diverses circonstances sous l'empire de désordres psychiques et d'illusions sensorielles, il a fait des tentatives de suicide et un jour une tentative d'homicide. Peu de temps après son entrée à l'asile, il paraissait être revenu complètement à l'état normal à part quelques symptômes nerveux et des signes de dégénérescence corporelles. A diverses reprises le malade avait perdu brusquement connaissance; ce qui, joint à la production d'une sorte d'aura avant la tentative d'homicide, aurait pu faire croire à de l'épilepsie, conséquence des excès alcooliques auxquels le malade s'était livré.

L'auteur est porté à penser qu'il y a beaucoup d'analogie entre ce cas et ceux si nombreux de tentatives de meurtre ou de suicide renseignés chaque jour par la presse quotidienne; mais la courte durée des troubles pathologiques rend difficile la démonstration de l'accès.

J. D. B.

Contribution à l'étude de la syphilis du système nerveux central; de son rôle dans les psychoses, par OEBEKE (*Ztsch. f. Psychiatrie*, 1891).

Sur 320 malades admis à l'asile, 72 avaient eu la syphilis soit 22 $\frac{1}{2}$ %. 70 étaient atteints de paralysie générale; parmi eux, 40 avaient eu la syphilis, soit 57 %; 250 d'affections diverses; 32 avaient eu la syphilis, soit 12 %.

On trouve donc 5 fois plus de syphilitiques chez les paralytiques généraux que chez les autres aliénés.

Des 32 syphilitiques rangés sous la rubrique affections diverses : 11 étaient atteints de mélancolie; 9 de délire hallucinatoire; 11 de

démence; 1 d'épilepsie. 5 ont guéri, 7 ont été améliorés par le séjour à l'asile, 20 n'ont pas été modifiés. Il n'y a donc eu guérison que dans 15 %, des cas avec infection syphilitique antérieure.

Des 248 aliénés qui n'avaient pas eu la syphilis (y compris les paralytiques non syphilitiques), 77 guérirent complètement, soit environ 35 %, en faisant abstraction des paralytiques.

La proportion des guérisons chez les aliénés qui ont eu la syphilis 31 % et chez ceux qui ne l'ont pas eue est donc de 15 à 35.

L'auteur donne in extenso l'histoire de deux syphilitiques dont il rapporte les symptômes et l'autopsie; les autres cas de syphilis nerveuse sont décrits d'une façon succincte. J. D. B.

De l'othématome, par M. FISCHKOW (*Neurol. Centralbl.*, 1892).

L'appellation « othématome » est employée, souvent à tort, d'après l'auteur; on l'applique à diverses affections des cartilages auriculaires, distinctes de l'othématome vrai qui ne se rencontre presque exclusivement que chez les paralytiques généraux.

Il y a lieu de distinguer quatre stades dans l'évolution de l'othématome. Le premier commence au début de l'épanchement sanguin et se termine au moment où il a atteint son maximum; en général il n'a qu'une durée de quelques heures; le second, le stade de résorption, est souvent interrompu par des reprises de l'hémorragie; le troisième, ou stade de guérison, et le quatrième ou stade de rattachement de l'oreille.

Cette affection a une durée d'environ six semaines.

L'apparition d'un othématome chez un paralytique général est de mauvais augure; en général à partir de ce moment l'affection cérébrale affecte une marche continue, il ne se produit plus de rémissions.

L'othématome n'est qu'un symptôme plus apparent d'altérations des cartilages auriculaires. Au microscope on y observe : 1° des vaisseaux de nouvelle formation originaire du péricondre et qui envahissent le cartilage proprement dit; la fragilité de leur paroi facilite les hémorragies; 2° des altérations des éléments constitutifs du cartilage auriculaire; les filets élastiques ont perdu leur éclat; les cellules ont subi la dégénérescence graisseuse; parfois on observe des traces de nécrose.

De l'étude anatomique de l'othématome résulte que celui-ci peut se former spontanément; il n'est pas nécessaire qu'un traumatisme vienne en provoquer la production; il est évident cependant qu'il peut la faciliter. J. D. B.

Hallucinations unilatérales homonymes dans le zona de la face,
par FÉRÉ (Soc. de biologie, 1892).

L'auteur a déjà signalé l'existence, dans un cas de zona de la face, d'hallucinations visuelles coïncidant avec des douleurs oculaires et péri-orbitaires et dans lesquelles le malade voyait, du côté de la névralgie, des personnages s'avancer vers lui.

Il a observé récemment un cas analogue chez un épileptique atteint de névralgie du trijumeau gauche avec éruption de zona sur quelques-unes des branches de ce nerf. Ce malade entendait, en outre, constamment des bruits dans l'oreille gauche et de temps en temps des sons articulés. Il se rendait parfaitement compte de la nature subjective de ces bruits.

Ces phénomènes ont duré trois jours et n'ont cessé que quand l'éruption s'est affaïssée. J. M.

Sur les rapports du tabes dorsalis avec la paralysie générale,
par M. GILBERT BALLET (Soc. médic. des Hôpit., 1892).

L'auteur discute l'opinion de Raymond au sujet des rapports de la paralysie générale avec le tabes dorsalis. Les lésions cérébrales ont été étudiées avec grand soin, et Raymond a noté ce qui suit :

L'examen histologique des parties de l'écorce, qui présentaient les lésions macroscopiques de la paralysie générale, a décelé des altérations très accusées des vaisseaux et de la névroglie, alors que les cellules nerveuses étaient pas ou très peu altérées. Cette constatation, faite dans des conditions très heureuses, concourt à démontrer que les lésions vasculaires et interstitielles sont bien les lésions primordiales de la maladie. Une opinion inverse a été émise. Quelques médecins ont disposés à admettre que les lésions premières porteraient, au contraire, sur les cellules. La paralysie générale ne serait plus une encéphalite interstitielle diffuse, mais une encéphalite parenchymateuse. C'est l'opinion de Pierret mais elle n'est pas prouvée.

Joffroy s'y est rallié. Or, l'observation de Raymond vient à l'encontre des idées de Pierret et de Joffroy ; elle tend à établir, conformément aux assertions de la plupart des anatomo-pathologistes, de Magnan notamment, que la lésion de la paralysie générale est primitivement une lésion interstitielle ; les altérations cellulaires ne seraient qu'accessoire ou du moins contingentes et secondaires.

Frappé de la fréquente coïncidence de la paralysie générale et du tabes dorsalis, Raymond se demande s'il s'agit là de deux affections distinctes, ou plutôt il croit que le tabes et la paralysie

générale ne constituent qu'une seule et même maladie dont les lésions atteindraient tantôt la moelle, tantôt les deux organes à la fois.

G. B. ne partage pas cet avis. Il est frappé des différences que présentent, dans leur marche, l'ataxie et la paralysie générale. L'une est une maladie à évolution essentiellement chronique; elle met, à parcourir ses stades, dix, quinze et vingt ans; l'autre a plutôt une marche subaiguë; elle peut durer sept ou huit ans, sans doute, mais arrive à son terme, le plus souvent, en deux ou trois années. Dira-t-on que cette différence dans la durée tient à ce que, dans un cas, les lésions intéressent la moelle, dans l'autre le cerveau; que les désordres cérébraux amènent plus vite que les troubles médullaires la diminution de la résistance organique? G. B. y répond qu'il est des scléroses cérébrales (scléroses en plaques, scléroses infantiles) qui sont compatibles avec une longue durée de vie; il lui paraît plus naturel de rattacher les différences d'évolution des deux affections à la nature différente du processus qu'à la localisation, sur des organes divers, d'une lésion qui, dans son essence, serait toujours identique à elle-même.

La seconde objection de G. B. vise la fréquence de la coïncidence de la paralysie générale avec le tabes. Il est certain que si la paralysie générale et le tabes sont une seule et même affection, elles doivent très communément s'associer l'une à l'autre. Or, cette association est-elle fréquente? Il est incontestable que chez les paralytiques généraux, on constate très souvent des symptômes (douleurs fulgurantes p. ex.) qui permettent de songer à une complication de tabes. Le chiffre fourni par Hertz de 66 % est peut-être un peu élevé. G. B. consent à l'admettre, et quoiqu'il ne puisse fournir une statistique précise, il reconnaît avoir constaté des symptômes tabétiques chez un très grand nombre des malades.

Mais, si au lieu de chercher combien de fois on rencontre des signes d'ataxie chez les paralytiques généraux, on fait le calcul inverse, on aboutit, à des résultats tout différents.

G. B. a suivi un assez grand nombre de tabétiques; il n'en a vu qu'un petit nombre verser dans l'encéphalite interstitielle diffuse; aussi, il considère qu'il n'y a qu'un très petit nombre d'ataxiques devenant paralytiques généraux, comparativement au chiffre des paralytiques généraux présentant des signes d'ataxie. Ce fait n'indique-t-il pas que les lésions médullaires qui chez le paralytique déterminent les douleurs fulgurantes et autres symptômes analogues, ne sont peut-être pas des lésions du tabes vrai?

D'ailleurs, en comparant leur origine et leur évolution, les altérations de la maladie de Duchenne et celles de la paralysie générale,

on constate entre les unes et les autres des différences profondes. L'encéphalite procède des vaisseaux, elle est avant tout périvasculaire. La myélite des cordons postérieurs procède au contraire des racines nerveuses, elle est péricubulaire.

Les recherches de Charcot et Pierret ont depuis longtemps établi la chose. Les quelques contradictions passagères (Adamkiewicz) n'ont pas infirmé la manière de voir de ces maîtres. Si ces faits sont exacts, est-on en droit d'identifier deux ordres de lésions à points de départ aussi divers ? L'altération de la paralysie générale n'est pas une sclérose ; c'est une inflammation interstitielle, sans doute, mais qui aboutit non à l'accroissement de consistance des tissus atteints, comme la myélite des cordons postérieurs, mais plutôt à leur ramollissement. Il ne suffit pas, pour décréter cette identité, d'une ou de deux observations dans lesquelles on aurait constaté la coïncidence de l'encéphalite interstitielle diffuse avec la sclérose systématique des cordons postérieurs.

Le cas de Raymond rentre-t-il dans cette catégorie ? G. B. n'ose pas le dire. Il voit bien dans ce cas une sclérose des cordons postérieurs qui *paraît* systématique. Mais cette sclérose postérieure est associée à une sclérose du faisceau pyramidal, à de la sclérose diffuse des cordons antéro-latéraux. Bien que la topographie et la multiplicité de ces lésions scléreuses permettent d'émettre des doutes sur la réalité de leur systématisation, qui est plus apparente que réelle, ne s'agit-il pas là d'un de ces cas de fausses scléroses systématiques ? G. B. l'admet, et d'autant que Raymond note avec beaucoup de franchise l'origine périvasculaire du processus scléreux. Il n'aurait donc pas eu affaire à la lésion habituelle du tabes dorsalis typique, mais à une lésion beaucoup plus étendue et probablement d'origine différente.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler que sur les 43 cas d'altérations spinales observées chez des paralytiques généraux et rapportés par Koerberlin, une fois seulement la sclérose était limitée aux cordons postérieurs ; dans les autres cas elle intéressait plus ou moins les divers systèmes de la moelle. Tous ces faits portent à se demander si les lésions médullaires qui accompagnent l'encéphalite interstitielle diffuse ne sont pas des lésions particulières, bien différentes, quant à leur point de départ et aussi quant à leur topographie, des lésions nettement et primitivement systématisées comme celles de l'ataxie.

Pour ces raisons, de nouvelles recherches sont indispensables.

J. M.

Symptomatologie du tabes, par ROSENBACH (*Centr. für Psych. u. Nervenh.*, 1892).

Le diagnostic précoce du tabes est d'un grand intérêt. Une fois la maladie bien déterminée, le sujet peut apporter à son genre de vie les modifications que lui prescrira le médecin, et prendre des précautions dont l'effet sera de retarder la marche de l'affection ou même de prévenir le développement de certains symptômes. Dans cet ordre d'idées, l'auteur signale deux symptômes nouveaux dont la constatation peut fortifier un diagnostic hésitant.

En premier lieu, c'est l'augmentation d'intensité du réflexe abdominal. Il est digne de remarque que ce réflexe marche en sens inverse du réflexe rotulien et que le premier est renforcé à mesure que le second s'éteint. Le contraire est également vrai (par exemple dans l'hémorragie cérébrale), et le fait s'explique par la localisation du centre attribué à chacun de ces phénomènes.

Un second symptôme est l'impossibilité pour le tabétique de se dresser sur la pointe des pieds quand il ferme les yeux.

Un sujet bien portant peut être également assez maladroit, mais si on lui fait faire un essai préliminaire les yeux ouverts, il pourra, au bout de quatre ou cinq tentatives, répéter le mouvement dans l'obscurité, ce que le tabétique ne parviendra jamais à faire.

Maladie de Basedow avec myxœdème, par le Dr PAUL SOLLIER
(*Revue de médecine*, 1891).

I. — La malade est âgée de 31 ans, a toujours été nerveuse et a une sœur atteinte d'hystérie. Depuis 1889 elle est sujette à des accès d'anxiété, s'irrite facilement, craint de voyager en voiture et est prise d'une peur continue, lorsqu'elle circule en rue, d'être écrasée. Depuis le commencement de l'année 1890, une exophtalmie, surtout à gauche, ne fit qu'augmenter jusqu'en mars 1891. Il y avait un léger degré de parésie des muscles de l'œil gauche, des irrégularités de la menstruation, des accès périodiques de polyurie et de pollakiurie. 117 battements du poulx à la minute. Pas de goître, plutôt atrophie de la glande thyroïde.

La malade présentait un autre symptôme, certes le plus intéressant de tous; périodiquement, soit à l'occasion de la menstruation, soit à la suite d'excitations, de fatigue, on voyait apparaître de l'œdème de la face, du cou, de la poitrine et des membres.

La malade fut soumise à un traitement hydro- et électrothérapique qui amena une prompte amélioration; l'œdème devint moins

apparent, l'exophtalmie moins prononcée, les symptômes psychiques moins accusés; la fréquence du pouls diminue; la résistance de la peau au courant électrique s'accrut dans de notables proportions. Au mois d'octobre 1891 l'amélioration persistait encore.

Quelle est la cause de l'œdème observé chez cette malade? L'auteur admet dans sa presque totalité l'explication donnée par Rendu dans un cas analogue. L'œdème est dû d'abord à l'hyperexcitabilité des vaisseaux cutanés au moment où tout l'organisme féminin présente une tendance générale aux congestions; ensuite à des troubles d'innervation d'origine centrale; l'œdème observé par Rendu se limitait à la fosse susclaviculaire; cet auteur l'avait donc rattaché à une lésion de la moelle cervicale. L'œdème, observé par Sollier, présente beaucoup plus d'extension; il l'attribue à la lésion du système du grand sympathique.

Il insiste sur l'atrophie de la glande thyroïde et considère la maladie de Basedow comme d'origine médullaire; ce qui démontre la polyurie qui existait dans le cas que nous venons d'analyser.

II. — Une femme de 39 ans, appartenant à une famille de rhumatisants, avait épousé en premières noces un alcoolique et était malheureuse en ménage. A la mort de son mari, elle s'est remariée et a fait très bon ménage.

Cette femme est malade depuis deux ans; début par des douleurs généralisées dans tout le corps, mais surtout intenses dans les articulations. — A cette époque apparition d'un œdème d'abord localisé à une main, s'étendant ensuite à l'autre, puis aux membres inférieurs.

On croit à une lésion cardiaque. L'œdème se généralise mais est surtout marqué aux membres et à la fosse susclaviculaire. C'est un œdème dur, qui résiste à la pression du doigt et ne détermine pas de modifications de la coloration de la peau. On dirait qu'il existe un certain degré de sclérose cutanée; la peau est pigmentée par places (à la face, au tronc, aux membres inférieurs). Pas d'albumine dans l'urine.

L'état de la malade s'aggrave progressivement : intensité plus grande des douleurs, perte de l'appétit, sensation de chaleur intense, vomissement, toux sèche, diplopie, irrégularités dans la menstruation; l'œdème et les douleurs articulaires interdisent au malade tout mouvement.

Diagnostic : maladie de Basedow et myxœdème. Il existait de la maladie de Basedow les symptômes suivants : exophtalmie, diplopie, tachycardie, sensations de chaleur, toux sèche, vomissement, alternatives de constipation et de diarrhée, polyurie, aménorrhée, moindre résistance de la peau au courant électrique.

La palpation de la glande thyroïde était des plus difficiles, mais on put constater, après disparition de l'œdème cervical, qu'elle était atrophiée. La malade avait en outre l'aspect et l'allure psychique d'une myxœdémateuse.

Quel rapport existe-t-il chez ces malades entre ces deux maladies, le myxœdème et la maladie de Basedow?

Ou bien 1° le rapport est fortuit; il n'existe aucun lien entre elles.

Ou bien 2° la lésion originelle c'est l'atrophie de la glande thyroïde qui a entraîné le myxœdème et ensuite la maladie de Basedow.

Ou bien 3° c'est la maladie de Basedow qui est l'affection primaire; mais au lieu de s'accompagner de la production d'un goître, elle s'est accompagnée d'atrophie de la glande thyroïde, consécutivement à laquelle s'est produit du myxœdème.

L'auteur admet la troisième hypothèse. Il fait remarquer que le traitement électrique a déterminé une amélioration simultanée de la maladie de Basedow et du myxœdème; alors que le myxœdème seul, vulgaire, ne subit aucune modification sous l'influence de ce traitement.

J. D. B.

Comment les dégénérés délirent, par M. GILBERT BALLET (*Sem. méd.*, 1892).

Pour réaliser des variétés de délire, transitoires, périodiques ou chroniques, à contours précis, à marche méthodique et réglée, certaines conditions sont nécessaires. Le cerveau doit être bien constitué, en possession d'une équilibration au moins relative de ses facultés. Il n'est pas donné à tout le monde de *bien délirer*, de faire un délire régulier. Ceux qui en sont capables sont sans doute des héréditaires, mais ils ont hérité de leurs ascendants la tendance à délirer, rien de plus. En dehors des périodes où le trouble mental se produit, ce sont des individus en apparence sains d'esprit.

Il en est tout autrement du groupe de malades dont l'organisation du cerveau est vicieuse par suite de dispositions, héréditaires le plus souvent, acquises quelquefois; le développement des centres nerveux s'est mal fait. Il n'y a plus simplement chez eux prédisposition latente aux psychoses, mais défectuosité habituelle du fonctionnement cérébral. L'intelligence est souvent faible, parfois plus que faible, débile. Si elle paraît chez d'autres développée et même brillante, elle n'est brillante que par certains côtés. La puissance réelle de quelques-unes des facultés contraste avec l'insuffisance de certaines autres : il y a, comme on dit, déséquilibration intellectuelle. Chez bon nombre, cette déséquilibration intéresse surtout les facultés morales : le manque habituel de jugement s'associe alors

aux incorrections de la conduite, aux bizarreries de l'humeur et des tendances, au manque de sens moral. Bref, chez les individus ainsi mal constitués, il y a dans l'intelligence des lacunes, un défaut d'équilibre ou de coordination des facultés. C'est à ces gens-là, quelquefois mal conformés au physique comme au moral, que s'applique l'épithète de *dégénérés*.

Ne confondez pas les termes *dégénérés* et *héréditaires*. L'un désigne un état, c'est une expression symptomatique, l'autre une cause. Les dégénérés sont souvent mais non toujours des héréditaires. Certaines conditions défectueuses de la génération, certaines maladies de la mère pendant la grossesse, de l'individu pendant l'enfance, suffisent quelquefois à provoquer la dégénérescence. Quant aux héréditaires, ils peuvent être des dégénérés, mais il s'en faut qu'ils le soient constamment. Particulièrement exposés à délirer, ils ont leur façon à eux de le faire : le délire, chez eux, se ressent des travers habituels de leur esprit. Tandis que l'héréditaire à cerveau valide est apte aux formes régulières, aux conceptions délirantes logiques et bien systématisées, le dégénéré, n'obéit dans son délire à aucune règle fixe et arrêtée. Ses conceptions malades, comme souvent ses idées à l'état normal, sont incohérentes et absurdes ; elles varient d'un moment à l'autre, elles sont multiples et polymorphes, rarement systématisées avec logique.

Un jeune homme de 25 ans, qui, le 20 mars 1891, s'alita pour un mal au genou, suite d'une chute qu'il avait faite, devint sombre, s'imagina qu'il était incapable de gagner sa vie, et que tout le monde lui en voulait. Le 24 mars, il disparut sans prendre soin d'emporter de l'argent. Il but plusieurs verres d'absinthe et le soir alla se jeter dans la Marne. Heureusement il fut sauvé. On l'amena à l'hôpital le 23 mars. Il dit ne pas bien se rappeler ce qui était arrivé, répond lentement sur un ton monotone, semble encore un peu triste ou plutôt absorbé ; mais on ne découvre plus chez lui d'idée délirante appréciable, et deux jours après il fut rendu à sa famille, en lui recommandant de l'observer et de le surveiller.

Voilà donc un malade qui avait été pendant quelques jours seulement en proie à des idées de tristesse et de persécution, idées assez accusées pour provoquer une tentative de suicide. Quelle était la nature de ce court délire, de cette *bouffée délirante* ? Pareil trouble ne s'observe que chez deux catégories de psychopathes, les épileptiques et les dégénérés. Or, ce malade n'a jamais été comitial.

S'est-il agi d'un accès de mélancolie franche de brève durée ? La tristesse du malade, ses idées d'incapacité, sa tentative de suicide auraient pu le laisser supposer un instant. Mais les accès de lypémanie évoluent avec plus de régularité et de lenteur : ils ont d'ordi-

naire leur période d'ascension, leur période d'état, leur période de déclin, avec de fréquentes alternatives de rémission et d'aggravation temporaire. Le plus court des accès de mélancolie franche dure au moins cinq à six semaines. Chez ce malade, les symptômes sont apparus brusquement en apparence et ont disparu de cinq à six jours à peine. Il s'est bien agi de troubles mélancoliques, mais au sens symptomatique et non nosologique du mot. La mélancolie a été ici une mélancolie spéciale, la mélancolie des dégénérés.

G. B. appelle l'attention sur une particularité. Le jour où il s'est jeté à la Marne, il avait bu de l'absinthe contrairement à ses habitudes. Il est probable que cet excès inaccoutumé a eu une influence sur l'événement qui a suivi. L'alcool est mal supporté par les cerveaux débiles et donne aisément le coup de fouet aux conceptions délirantes chez les dégénérés qui, dit-on, *arrosent* leur délire.

Sorti en mars, il revint en octobre. A cette époque il n'était plus triste, il reconnaissait la fausseté de ses idées passées. Mais il était facile de convaincre en causant avec lui, qu'on avait affaire à une intelligence des plus faibles.

Le 2 décembre 1891, sa famille le ramena. Le malade s'était remis à délirer. A son arrivée, il se plaint que sa mémoire a faibli. Dans son service de garçon épicier, il ne pouvait plus retrouver les diverses marchandises, dont il avait oublié la place. Il est triste, déprimé. Depuis huit jours ses patrons sont « drôles » envers lui. Ils le tournent en ridicule. « Je vois cela, dit-il, à leur manière de me regarder. » Il a remarqué aussi que les clients se moquaient de lui, qu'ils le dévisageaient d'une façon bizarre, en riant. Il a pensé que c'était moi qui avais prévenu son patron de l'étudier et de le surveiller. Chez lui ou dans la rue, le malade est tranquille. Personne ne l'épie ou ne le tourne en ridicule hors du magasin. Il dort bien, n'a pas de cauchemars ; mais il a des pertes séminales deux ou trois fois par semaine à la suite de rêves.

Il a quitté la boutique de son patron le 1^{er} décembre. Il était las de voir qu'on se moquait de lui. Il comprit que « c'était un coup monté. » Il sortit pour aller se faire soigner et ne reparut plus.

G. B. rappelle que, chez les aliénés de ce genre qui se disent persécutés, il y a souvent comme une arrière-pensée, une conviction qu'ils sont malades. Le malade en effet, se plaint de l'affaiblissement de son cerveau, il a « de la faiblesse de sang, » il se sent la tête un peu vide. Il s'inquiète de son genou, blessé autrefois. Il n'en souffre pas, mais « ça pourrait revenir. » Il s'afflige surtout des pertes de sperme auxquelles il attribue une signification fâcheuse.

En janvier le tableau change. Un matin le malade excité, tenant des propos incohérents, manifestant des idées ambitieuses. « Il faut

bien, s'écrie-t-il, que je sauve les Parisiens. » « Vous m'avez dit que j'étais Prussien et Christophe Colomb qui était venu à Paris. Il y a mille ans que le monde est monde; Milan, la cathédrale de Milan. »

Un autre jour, à son réveil, il se lève sur son lit et commande au soleil : « Soleil, lève-toi. » Plusieurs fois, la nuit, il a apostrophé ses voisins en ces termes : « Adorez-moi, je suis le Bon Dieu. » Ou bien : « Je suis le président, regardez comme tout le monde est sur mon passage. Je suis en or, en pierres précieuses. » « Si je mange du pain blanc, je redeviendrai le fils et votre père. »

A ces idées ambitieuses se mêlent des idées de persécution. En parlant de la surveillance, il dit : « Faites-la taire; empêchez-la de me poursuivre. » Il veut sortir, quitter la salle. Si on lui demande pourquoi et dans quel but, il répond : « Pour aller me ficher à l'eau, parce que je suis dans une espèce de léthargie. » Il ajoute : « Il y a quelques jours je me voyais grandiose, j'ai des idées de grandeur. » Une fois, il me dit : « Votre pensée s'écrie dans moi. Ce que vous pensez, je le pense en moi. »

Par moments il est très calme, assis ou couché avec la physionomie d'un homme déprimé et abattu. Puis tout d'un coup l'excitation se reproduit, il se dresse sur son séant, en proie à des divagations ambitieuses. Bientôt après il redevient triste et fond en sanglots.

En résumé, on trouve chez le malade des troubles mélancoliques, des idées vagues de persécution et de grandeur, accessoirement et transitoirement de l'excitation maniaque. Tout cela est fort complexe. Il y a de tout dans ce délire; c'est une vraie salade d'idées, mais sans consistance, sans systématisation arrêtée, sans durée.

Le malade est-il maniaque ou mélancolique? On ne pourrait, sans forcer les analogies, voir dans les courtes phases d'excitation que présente le malade des accès de manie aiguë. Quant à la mélancolie franche, les différences profondes qui séparent cette psychose des divagations incohérentes et des tristesses passagères sont trop grandes. Il n'est pas un persécuté chronique, car au manque absolu de systématisation, si nette et si accusée dans le délire de persécution à évolution systématique, s'ajoute ici l'absence d'hallucinations auditives, qui ne manquent jamais dans la psychose systématique progressive où elles constituent l'aliment constant du délire. Mais le malade a des idées de grandeur : en dehors de la troisième phase du délire chronique, on observe ces idées dans la paralysie générale, souvent dès la première période. Aurait-on affaire à une encéphalite interstitielle diffuse? Non, car il n'y a chez le malade aucun des phénomènes somatiques propres au paralytique général.

Le passé du malade, la marche capricieuse et irrégulière de ses troubles cérébraux, le polymorphisme du délire indiquent

qu'il est un dégénéré. C'est un de ces êtres mal venus, qui portent souvent (et c'est le cas) le poids d'une lourde hérédité névropathique, dont l'intelligence faible d'ordinaire est toujours déséquilibrée, qui sont exposés à délirer à la moindre occasion. Le délire des dégénérés (et c'est là ce qui le caractérise) survient d'habitude brusquement, par bouffées, et disparaît de même pour récidiver ensuite; il a grand'peine à se systématiser, il revêt des physionomies multiples, il est irrégulier et incorrect dans son aspect comme dans sa marche. Tous ces caractères se retrouvent dans le cas présent.

Sa mère a été mélancolique et persécutée; elle a voulu se suicider. Le père est inconnu. Comme beaucoup de dégénérés, le malade est enfant naturel, et cette situation anormale le préoccupe depuis longtemps. Elle n'a pas été sans jouer quelque rôle sur la tournure mélancolique de ses idées délirantes. Il a toujours été un faible d'esprit, mais brave et honnête, pas un déséquilibré moral; au régiment, il a été soldat obéissant et soumis; néanmoins, il n'a jamais pu arriver à un grade, ce qui prouve la débilité de son intelligence.

Quel en est le pronostic? Les conceptions délirantes des dégénérés sont souvent feu de paille. Dans bien des cas, si elles se développent brusquement, elles disparaissent de même. Il est vraisemblable qu'il en sera ainsi chez le malade. Mais il est à craindre qu'il ne sorte très diminué intellectuellement de l'accès présent, et que la démence ne soit l'aboutissant des crises d'aliénation qui paraissent avoir chez lui une grande tendance à se reproduire.

Une seconde malade est mise en parallèle avec le précédent.

Elle est la dernière venue de dix enfants. Elle a une sœur jumelle sur laquelle, pas plus que sur les autres frères ou sœurs, d'ailleurs, on n'a pu avoir de renseignements précis. De bonne heure, elle s'est fait remarquer par certaines anomalies du caractère; toute petite, elle ne jouait pas volontiers avec ses camarades; elle était « trop sérieuse » pour son âge. Il faut, soit dit en passant, tenir en méfiance ce sérieux précoce qu'on observe chez certains enfants. Il est trop souvent simplement l'indice d'une anomalie d'organisation. L'intelligence, chez cette femme, était médiocre sans être pourtant débile. Nous ne savons rien de plus sur le passé ancien de la malade.

Quant au passé récent : Il y a deux ans, cette femme commença à manifester des idées de persécution. Elle prit ses sœurs en grippe, parce qu'elle s'imaginait que celles-ci lui en voulaient. Elle était, d'ailleurs, jalouse d'elles. Elle se plaça comme cuisinière dans diverses maisons. En dernier lieu, elle était chez le D^r X. On avait remarqué, dans ce dernier service, qu'elle était bizarre; elle prétendait que ses sœurs payaient des gens pour la faire suivre. Elle ne voulait pas monter en omnibus parce qu'on la regardait. Dans la rue, elle

avait peur d'être suivie. Elle s'informait couramment si, dans les journaux, il n'y avait rien la concernant. Il y a quelques jours, elle voit, dans le *Petit Journal*, le récit du suicide d'un M. X..., qu'on ne nomme pas et dont on donne seulement l'initiale. Cette initiale est celle d'un jeune homme avec lequel elle a eu autrefois des relations et qu'elle a dû épouser; aussitôt, elle se convainc que c'est ce jeune homme qui s'est tué par amour pour elle. Alors, ces conceptions malades prennent un nouveau tour. Elle suppose que des maux de diverses natures arrivent à certaines personnes de sa connaissance et elle s'imagine être la cause de ces maux. Elle est en observation depuis cinq jours. Elle ne parle pas spontanément de ses idées de persécution, bien que ces idées subsistent toujours; mais elle se croit menacée de l'échafaud et de punitions terribles. Elle implore sa grâce. A la vue d'un thermomètre destiné à prendre sa température, elle s'écrie : « Oh ! ne me foudroyez pas. » Elle éclate souvent en sanglots et elle répète, en se lamentant, qu'elle n'est pas coupable.

Il s'agit encore ici d'un délire mal systématisé, à aspects variables, à allures à la fois de délire de persécution et de délire mélancolique avec idées de culpabilité. L'irrégularité dans l'évolution, le polymorphisme, l'absence de systématisation solide prouvent encore ici qu'on a affaire à un délire développé sur un terrain de dégénérescence. C'est, pour ainsi dire, la reproduction du cas du premier malade, avec cette différence que les conceptions délirantes n'ont pas procédé ici par poussées aiguës, comme dans le premier fait, mais ont évolué avec une certaine lenteur.

La troisième malade va faire descendre d'un degré dans l'échelle des dégénérés. Comme pour les deux premiers malades, on a affaire à des intelligences faibles sans doute, mais ayant acquis cependant un certain degré de développement, incapables de systématiser un délire avec logique, mais aptes pourtant à s'élever à des conceptions malades d'une certaine tenue. Il en est tout autrement avec la troisième malade. Pourvue d'un cerveau très arriéré, elle est à peine capable d'ébaucher le plus embryonnaire des délires. Elle a été amenée il y a quatre jours à la consultation en pleine période d'excitation, criant, se débattant au point que les infirmiers la présentaient comme une hystérique en attaque. Dans la journée même cette excitation s'est un peu calmée, et pendant deux jours la malade s'est bornée à chanter des lambeaux de romances populaires, à déclamer en les altérant des vers d'une valeur littéraire d'ailleurs douteuse, que sa mémoire avait mal retenus. Elle parle de temps en temps, au milieu de ses divagations, d'un certain Paul qu'elle paraît avoir connu quelque part, et qu'elle représente tantôt blond, tantôt

brun, tantôt jeune, tantôt vieux. Voilà tout ce que cette jeune fille a pu donner comme délire : si on l'interroge, durant les périodes de calme, elle ne répond que par monosyllabes, semblant comprendre avec peine les questions qu'on lui adresse. Elle a l'air hébété, paraît indifférente à ce qui se passe autour d'elle; de temps en temps elle esquisse un sourire niais et fait quelques mouvements brusques. On aperçoit sans peine qu'il s'agit d'une arriérée. En effet, cette jeune fille a toujours été faible d'esprit. Elle a uriné tard au lit; enfant, elle était méchante et taquinait ses frères et sœurs. Elle est allée à l'école de six à treize ans, mais n'a rien pu apprendre. Elle était un peu bêtasse, dit la mère. En un cerveau aussi incomplètement développé, il était impossible qu'un délire bien organisé germât. De pareils êtres sont incapables de s'élever même jusqu'à l'ébauche d'une systématisation délirante. Par deux fois, il y a un an, à l'occasion de la mort de son frère, et il y a quelques jours, sans motif appréciable, a éclaté chez cette malade un accès d'excitation maniaque, mais passager, procédant en quelque sorte par bouffées et ne ressemblant que de loin aux accès de manie franche qui se développent chez les individus à cerveaux bien constitués.

Ces exemples auront permis de saisir les principaux caractères du délire chez les dégénérés. La perfection des conceptions délirantes est d'autant moindre, que le malade délire avec plus de facilité. C'est ce que prouve l'étude de ces infirmes à cerveaux mal constitués, qui versent dans la folie avec une grande complaisance et sous la moindre influence, mais qui sont inaptes à délirer d'une façon correcte, à faire l'une de ces psychoses à marche régulière, à symptomatologie bien arrêtée qui restent l'apanage des cerveaux valides.

J. M.

Des associations morbides en pathologie mentale, par GILBERT BALLET (*Gaz. des Hôpit.*, 1892).

Laissant de côté les affections mentales qui dépendent de lésions organiques du cerveau (encéphalite interstitielle diffuse, hémorragies, ramollissements), G. B. étudie les troubles psychiques qui tiennent à de simples désordres dynamiques, ou du moins ne se relient à aucune altération des centres nerveux actuellement appréciable.

Dans un premier groupe, il classe les névroses (épilepsie, hystérie, neurasthénie, chorée).

Le second comprend les psychoses (manie, mélancolie, folie intermittente, délire de persécution à évolution systématique), quatre espèces morbides bien spécialisées, dans leurs formes typiques. Les folies des dégénérés constituent des variétés à part.

Un troisième groupe comprend les intoxications (alcoolisme, morphinisme, cocaïnisme, etc.).

Mais, avant d'aborder la description des diverses espèces morbides, G. B. fait remarquer qu'elles ne se présentent pas toujours en clinique à l'état d'isolement. Rien n'est plus commun que de les voir s'associer les unes aux autres, et ces associations sont de nature à dérouter si, n'étant pas au fait de leur possibilité et de leur fréquence, on cherche à rapporter à une seule affection les symptômes qui, en réalité, relèvent de plusieurs. Le mérite en présence de cas complexes, consiste à savoir dissocier les diverses espèces morbides qui associent, à un moment donné, leurs manifestations chez un même sujet.

Chez le même individu, on peut voir s'associer deux ou plusieurs membres d'un même groupe, deux ou plusieurs névroses, deux ou plusieurs intoxications. On peut voir un membre d'un groupe s'associer à un ou plusieurs membres d'autres groupes, une névrose par exemple avec une psychose, une psychose avec une intoxication.

Lorsque deux maladies frappent simultanément le même sujet, si elles s'associent, elles ne se combinent pas de façon à engendrer par leur fusion intime une troisième affection à caractères mixtes. Elles se juxtaposent et continuent à se révéler avec leurs caractères propres. « En pathologie, dit Charcot, il n'y a pas d'hybride. »

Souvent, deux *névroses* se juxtaposent chez le même malade. C'est le cas de l'hystérie et de la neurasthénie. Il n'est pas rare, à la suite des accidents de chemins de fer, de voir les individus qui en ont été victimes présenter la symptomatologie suivante : ils ont de la céphalée fronto-occipitale, de l'affaiblissement de la mémoire, une émotivité excessive avec inaptitude au travail et tendance à la tristesse ; de plus, ils sont affectés de troubles variés de la sensibilité (anesthésies diffuses ou localisées, rétrécissement du champ visuel) ; ils peuvent avoir de la diplopie monoculaire, des paralysies ou des contractures. S'agit-il là, d'une sorte de *railway brain* ou de *railway spine* ? En aucune façon ; la céphalée, la faiblesse cérébrale, l'émotivité, appartiennent à la neurasthénie, tandis que les anesthésies, les paralysies et les contractures relèvent de l'hystérie. En fait, on est en présence de deux maladies écloses simultanément sous l'influence du traumatisme, de l'*hystéro-neurasthénie*.

Un malade peut être à la fois hystérique et épileptique. Plus même, il peut être en même temps syphilitique et alcoolique. G. B. cite un malade âgé de 36 ans, confiseur, entré, à l'hôpital Saint-Antoine, le 30 octobre 1891. Son père, grand buveur d'alcool, avait des colères formidables et, une fois, dans un accès de délire, a tenté de se jeter par la fenêtre ; sa grand'mère maternelle avait des attaques d'épilep-

sie. Jusqu'à dix ans, il paraît s'être bien porté. A cette époque, il éprouva une vive frayeur à la vue d'une femme qui tomba devant lui dans la rue. Peu de temps après, il eut une crise nerveuse. Les crises se sont souvent reproduites depuis ce moment; elles sont de deux ordres. Les unes, tantôt diurnes, tantôt nocturnes, surviennent subitement, presque sans prodromes, débutent par un cri, s'accompagnent de quelques mouvements convulsifs. Le malade urine sous lui; il ne se mord pas la langue; mais, comme il le fait judicieusement observer, la chose serait difficile, car il n'a plus de dents. Après l'attaque, il y a de la céphalée et de l'hébétéude. Il s'agit là, sans aucun doute, de crises de mal comitial.

Mais, indépendamment des accès qui précèdent, cet homme en a d'autres, toujours diurnes, et débutant par une sensation d'étouffement qui part du creux épigastrique et remonte jusqu'à la gorge. Ces dernières ne datent que de deux ans, ne sont ni accompagnées d'incontinence d'urine, ni suivies de céphalalgie. Ce sont des attaques d'hystérie. Il est hystérique; on peut en juger par l'état de sa sensibilité (hémi-anesthésie droite, rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés, diminution de l'acuité auditive).

Les deux névroses n'ont pas apparu simultanément : le mal comitial, produit de l'hérédité, remonte à la seconde enfance; l'hystérie est de date plus récente : les excès alcooliques ont vraisemblablement joué un rôle important dans sa genèse.

Il semble superflu de s'attacher à démontrer la fréquence de l'association d'intoxications multiples chez le même sujet. Alcoolisme et saturnisme, morphinisme et cocaïnisme, se doublent fréquemment l'un de l'autre. Les associations morbides sont, au point de vue des troubles psychiques, plus intéressantes à bien connaître.

Il s'agit de la juxtaposition des membres de l'un de nos trois groupes à ceux d'un autre groupe.

Comme exemple, G. B. signale l'association du délire épileptique au délire alcoolique.

Magnan a observé, dans cet ordre d'idées, des faits fort intéressants, entre autres le suivant : un individu est pris de délire à la suite d'un accès comitial; il se livre à des actes impulsifs, frappe les personnes de son entourage. Puis le calme se rétablit; mais, le lendemain soir, nouvelle attaque délirante, caractérisée cette fois par des frayeurs, des hallucinations terrifiantes, de la zoopsie. Le surlendemain, on questionne le malade : il n'a gardé nul souvenir de la scène violente avec les domestiques; mais il se rappelle les visions d'animaux qui l'ont si fort effrayé la veille. Le délire du premier jour, suivi d'amnésie, était un délire épileptique; celui du lendemain, un délire alcoolique.

Il n'est pas rare de voir, chez les individus atteints de névroses (épilepsie ou hystérie), se développer et évoluer une des psychoses qui figurent dans le second groupe. Les coïncidences de cet ordre ont contribué singulièrement à obscurcir et à embrouiller les descriptions de la folie épileptique et de la folie hystérique. Il y a peu d'années, on rattachait à l'hystérie tous les troubles psychiques observés chez les hystériques. On n'avait pas remarqué qu'ils sont souvent atteints de dégénérescence mentale, et comme tels exposés à toutes les psychoses des dégénérés. G. B. s'est attaché à faire ressortir la fréquence des tares dégénératives chez les hystériques, et les mémoires, écrits sous son inspiration, de MM. Marquezy, Tabaraud, Roubinovitch ont mis le fait hors de doute. La coïncidence n'est pas rare chez les hystériques femmes; elle est la règle chez les hystériques du sexe masculin. Aussi n'est-il pas exceptionnel de voir ces malades affectés de crises d'excitations maniaques, de délires polymorphes avec idées de persécution ou de grandeur, de dépression mélancolique. Mais ces troubles mentaux n'ont rien à faire avec l'hystérie qui les accompagne; ils relèvent de la dégénérescence mentale associée à l'hystérie. L'auteur cite une fille affectée de folie hystérique. Elle est hystérique, a eu naguère quelques attaques, est actuellement hémi-anesthésique du côté gauche. Il y a cinq ou six semaines, elle a été prise de tristesse; elle s'imaginait qu'elle n'accomplissait plus ses devoirs, qu'elle était à charge à sa famille; elle fut prise de scrupules de conscience et, aujourd'hui encore, elle est en proie à ces idées malades qui s'accompagnent d'un état de profonde tristesse et de grande dépression. S'agit-il ici de folie hystérique? En aucune façon. C'est une mélancolique vulgaire, qui est hystérique par surcroît; mais sa mélancolie n'a rien à voir avec son hystérie, si ce n'est que toutes deux dérivent d'une même cause : l'hérédité névropathique. Cette malade est, dans toute l'acception du mot, une héréditaire : son père était alcoolique, sa mère a été enfermée dans un asile, une de ses sœurs est affectée d'épilepsie.

Rien n'est plus commun que l'association de la dégénérescence mentale aux intoxications, notamment à l'intoxication alcoolique. Chez les dégénérés, l'alcool agit de plusieurs manières. Des excès passagers peuvent servir d'appoint et provoquer l'éclosion d'un délire purement dégénératif. D'autres fois, l'abus des liqueurs spiritueuses détermine un véritable délire toxique qui ne tarde pas à s'effacer, laissant à sa suite persister des troubles mentaux qui relèvent uniquement de la dégénérescence.

À côté de ces faits, dans lesquels une névrose s'associe à une psychose, ou une psychose à une intoxication, ou une intoxication à une névrose, il en est de plus complexes encore. Cette fois, le tableau

morbide est constitué non plus seulement par deux, mais par trois éléments : une névrose, une psychose et une intoxication. Magnan et Pichon en ont rapporté des cas. G. B. cite un cas de Magnan : une femme de 52 ans, couturière, entrain à Sainte-Anne pour la huitième fois. Fille d'une mère mélancolique, d'un père épileptique, elle a un fils atteint lui-même de mal comital. A l'âge de 14 ans, cette femme fut frappée de crises convulsives, avec actes automatiques consécutifs et fugues inconscientes. En 1870, à l'épilepsie se joignit de la mélancolie. Dans l'intervalle des attaques, la malade devint triste, inquiète; elle se lamentait, craignait de tomber dans la misère; elle s'attribuait des fautes imaginaires, et à plusieurs reprises, eut des idées de suicide. Plus tard, elle se mit à boire, et le délire alcoolique avec hallucinations terrifiantes, zoopsie, frayeurs, vint s'associer à la lypémanie et au mal comital.

Des exemples de ces curieuses associations morbides sont assez fréquents.

Quant à la cause qui régit l'apparition, chez le même sujet, de ces maladies multiples, on la trouve dans l'hérédité. L'hérédité névropathique peut déterminer tour à tour chez les descendants l'épilepsie, l'hystérie, la dégénérescence mentale, la tendance aux excès, particulièrement aux excès alcooliques, ou engendrer simultanément plusieurs de ces affections. Il faut sans doute que les parents, pour transmettre une pareille « fortune » pathologique à leurs descendants, aient été eux-mêmes richement pourvus. Dans quelques cas, on a affaire à une hérédité bilatérale, et l'individu affecté à la fois d'épilepsie et de dégénérescence, par exemple, descend d'un père aliéné, d'une mère comitiale. Mais il s'en faut que les conditions de la transmission soient d'habitude aussi nettes : le plus souvent, les lois de l'hérédité échappent.

On comprend tout l'intérêt qui s'attache à la connaissance des associations morbides. Au point de vue de la pathologie générale, l'histoire de ces associations démontre, qu'en fait de maladies il n'y a pas d'hybrides. A cet égard, il se passe en pathologie nerveuse quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans l'étude des maladies infectieuses. Il n'est pas rare qu'un microbe pathogène prépare la voie à d'autres microbes; ainsi ont lieu les infections dites secondaires : l'angine à streptocoque, p. ex., au cours de la scarlatine, la broncho-pneumonie streptococcique au cours de la rougeole. Deux infections se trouvent ainsi superposées, sans que leurs agents respectifs perdent leur personnalité. Il en est de même des névroses et des psychoses.

Le diagnostic a bénéficiée de ces notions. Il en est de même du pronostic. Chaque affection conserve, en effet, dans l'association, sa

gravité ou sa bénignité propre. Et l'on se tromperait étrangement si l'on voulait, sans procéder à la dissociation clinique des espèces, établir en bloc la gravité d'une maladie mentale dans le cas où cette maladie, une en apparence, est multiple en fait. Le délire alcoolique, isolé ou accompagné, est toujours une manifestation transitoire; le délire de persécution à évolution systématique est une affection à marche lente, durable et progressive.

Le traitement doit s'inspirer des enseignements de la nosologie : appliquer, à chacune des espèces morbides faisant partie de l'association, la médication qui lui est spéciale. Lorsqu'il y a juxtaposition de deux maladies, on ferait besogne mauvaise ou insuffisante en se contentant de prescrire la thérapeutique indiquée à l'une ou à l'autre.

J. M.

Les aliénés aux séquestrations nombreuses, par CHARPENTIER
(*Gaz. des Hôp.*, 1892).

Les séquestrations nombreuses d'un même individu, dans un asile d'aliénés, par placements d'office, doivent être considérées bien plutôt comme le signe du vice que comme l'indice de la folie, et exciter vivement l'attention sur la possibilité de la simulation.

Il nous arrive assez souvent de recevoir de ces sujets. Avec un peu d'habitude on peut soupçonner, rien qu'à examiner leur manière de se présenter, de s'asseoir, d'attendre les questions et d'y répondre, que ce sont d'anciens habitués d'asiles. Il existe entre eux comme un certain air de famille, sans vouloir faire allusion aux stigmates physiques ou psychiques. Préoccupés de cette similitude, nous avons examiné minutieusement les dossiers des aliénés qui, depuis 1840, ont été séquestrés à Bicêtre au moins cinq fois.

Un examen rapide a permis de remarquer que ces aliénés se ressemblaient entre eux grâce à un grand nombre de caractères communs. Malgré les changements nombreux qui sont venus modifier la population parisienne, ces sujets n'ont pas changé; leur évolution est restée la même à quarante ans de distance. Qui a lu vingt de ces dossiers les a lus tous.

Ces caractères communs sont très nombreux :

Le premier, c'est la multiplicité des séquestrations.

Le second caractère consiste dans la similitude du certificat déterminant à la Préfecture de police la première séquestration. Qu'il soit signé Trélat, Chambert, Lasègue, Faure, Legrand du Saulle, J. Voisin ou bien Garnier ou Legras, il mentionne avec quelques variantes de détails : délire épileptique; excès alcooliques ou délire alcoolique; hébétude, semi-stupeur, confusion dans les

idées, réponses vagues, amnésie; le motif de l'arrestation n'y est pas mentionné, sauf le cas de condamnation ou d'expertise. A Sainte-Anne, le certificat immédiat est le même ainsi qu'à Bicêtre; mais il n'en est pas de même du certificat de quinzaine de Bicêtre; celui-ci, en général, peut être ainsi résumé : Amélioration; le malade n'a pas eu de crises, ni de vertige; la stupeur a disparu, le souvenir n'est pas revenu, le malade est calme et demande à travailler; parfois on note une crise les deux premiers jours. Au bout de six semaines, deux mois, le malade réclame sa mise en liberté; la famille se charge de le surveiller et la sortie est accordée.

Parfois les certificats motivant les deuxième, troisième, quatrième séquestrations sont encore conçus dans les mêmes termes à la Préfecture de police et à Sainte-Anne. D'ailleurs, à Sainte-Anne, quand un malade en est à sa troisième séquestration, le bureau d'admission n'attend pas quinze jours pour l'observer et se hâte, dès les premiers jours, de l'expédier dans d'autres services; et, souvent à Bicêtre, le certificat immédiat constate l'absence de tout délire dès le premier jour de l'admission. Cependant, à la Préfecture de police, le certificat motivant la deuxième séquestration, quoique conçu dans les mêmes termes que le précédent, indique en une courte ligne un détail qui n'en est pas moins extrêmement important, c'est le motif de l'arrestation : vols, coups et blessures, scandale ou vagabondage. Nous avons toutefois rencontré quelques rares dossiers où, jusqu'à la septième séquestration, aucun délit n'était mentionné; mais alors le huitième certificat indiquait treize condamnations antérieures, ce qui faisait compensation. Dans d'autres circonstances, c'était une lettre administrative qui révélait ces faits au médecin de Bicêtre, lorsque celui-ci venait proposer une huitième mise en liberté.

Séquestrations multiples et uniformité du certificat de première séquestration, nulle mention de délit dans ce certificat, amnésie des faits récents expliquée par un délire, réponses vagues expliquées par la stupeur consécutive, le tout imputé à l'épilepsie et à l'alcool : voici autant de caractères communs, mais il en est d'autres encore : ce sont les délits relevés à propos des séquestrations successives, délits variés ou non, allant même souvent par degrés de l'ivresse, du vagabondage ou de la mendicité aux rebellions et outrages aux mœurs ou attentats à la pudeur, aux menaces de mort et aux tentatives d'assassinat. Nous ne voulons pas dire que tous ces sujets commettent tous dans le même ordre de succession, quoique les dossiers en contiennent des exemples. De même que tous les phthisiques, avant de succomber, ne présentent pas tous les symptômes de la tuberculose pulmonaire, ni non plus ceux-ci dans le même

ordre d'apparition, de même nos sujets ne suivent pas tous une marche réglée d'avance dans les actes délictueux qu'ils commettent, ce qui n'empêche pas l'ensemble de ces délits de constituer un caractère commun à ceux dont les séquestrations ont été très nombreuses.

D'autres caractères communs aux mêmes individus sont observables à l'intérieur de l'asile, d'autant plus marqués que le nombre de leurs séquestrations augmente; s'ils abandonnent vite, les premiers jours, leur stupeur apparente, on les voit se rechercher toujours entre eux et se grouper, d'où les complots et émeutes; ils ont des mouvements subits d'irascibilité que l'on veut bien dénommer impulsions inconscientes ou irrésistibles, mais qui se traduisent par des menaces insolentes ou des brutalités exercées sur des infirmiers ou sur d'innocents malades; ils commettent des vols aux dépens des malades confiants; ils sont volontaires, fantasques, capricieux ou très obéissants; ils sont toujours mécontents de leur salaire quand ils travaillent; ils écrivent à certains de leurs parents des lettres de menace; aux fonctionnaires, des accusations calomnieuses; au directeur de l'hôpital, des demandes pour être employés aux écritures; au médecin, des lettres dans lesquelles ils manifestent le désir de s'expatrier ou de recommencer, loin de la France, une vie honnête, tout comme leurs pendants dans l'autre sexe rêvent toujours de se refaire une nouvelle virginité.

Ils présentent chacun un fait commun que nous avons retrouvé chez presque tous, c'est la tendance aux évasions et la fréquence de leurs évasions; celles-ci sont préméditées ordinairement; elles coïncident avec les premiers jours de l'année, avec des jours de fêtes, avec des jours promis par le médecin comme jours de sortie définitive, pour leur faire prendre patience, ou à la suite de requêtes adressées par ces malades et suivies de certificats concluant au maintien; elles sont rarement isolées et se suivent à quelques jours d'intervalles; elles surviennent par séries, leurs évasions sont plus fréquentes que celles des vrais épileptiques et que celles des persécutés.

Nombre de ces individus, même placés à la Stabilité, se sont évadés.

Ch. a encore relevé trois autres faits très fréquents chez les mêmes sujets et qui, au début de ses recherches, l'ont fort embarrassé; ce sont les tentatives de suicide, la déclaration volontaire à un poste de police qu'ils sont poursuivis par des ennemis qui les menacent et leur arrestation dans la rue, criant, gesticulant, ou la nuit sur un banc, en partie déshabillés.

Pendant très longtemps, il s'était habitué à considérer de tels actes comme caractéristiques de la folie et surtout de la folie

alcoolique ou épileptique, mais l'examen des dossiers des vétérans du vice est venu jeter un jour nouveau sur ces actes si souvent mentionnés dans les premières séquestrations. De même que l'observation attentive de l'évolution complète du début à la terminaison des maladies, telles que la phthisie pulmonaire, le cancer de l'estomac, l'ataxie locomotrice permet de mieux saisir les formes frustes, atténuées ou de début de ces mêmes maladies, de même les dossiers des séquestrations très nombreuses apparaissent comme l'évolution plus complète des dossiers à séquestrations limitées au nombre de trois, quatre ou cinq. Le vice, chez ces sujets, ne reste pas stationnaire; il évolue, il se développe et arrive à une période de cynisme et qui pourrait, en quelque sorte, être comparée à la période de mégalomanie consécutive au délire systématisé de persécution, sans oublier toutefois que ce cynisme, tout comme ces idées de grandeur, remontent parfois à la jeunesse de l'individu. Quand ces sujets arrivent à cette période de cynisme, ils déclarent ouvertement au médecin que toutes leurs anciennes tentatives de suicide avaient été simulées, que ces déclarations d'ennemis imaginaires étaient de leur invention et fausses, que la folie incohérente qu'ils avaient imaginée n'était pas réelle. Ils n'avaient recours, et certains le témoignent dans des écrits qui sont restés consignés à leurs dossiers, à de tels moyens, que lorsque, après un délit commis, ils craignaient d'être arrêtés ou espéraient détourner la culpabilité qui leur serait imputée grâce à ces comédies qui leur réussissent assez souvent.

Dans leurs dossiers, on n'a jamais trouvé une mort par suicide; souvent le médecin traitant indique bien que le malade a tenté de se suicider, mais que la tentative ne lui a pas paru sérieuse, et il ajoute parfois que cette tentative déjouée permet de suspecter les tentatives mentionnées dans les premiers certificats. Nous avons remarqué que, lorsque les certificats des médecins de la Préfecture de police mentionnent le genre de tentative de suicide, il s'agit, pour ces sujets, de breuvages phosphorés, de strangulation, pendaison, submersion; très rarement l'emploi d'instruments tranchants ou d'armes à feu y est mentionné; il en est de même de l'asphyxie par le charbon; n'oublions pas que ces individus appartiennent au sexe masculin.

Legrand du Saulle a retrouvé souvent la même phrase prononcée par eux au moment de leur arrestation : « Je me moque de la police; je me ferai, comme les autres fois, passer pour fou, et les médecins finiront bien par me mettre en liberté. »

Nous retrouvons chez ces mêmes individus, dans leurs certificats, un autre fait commun. Les certificats des premières séquestrations indiquent l'épilepsie et l'alcoolisme. A Bicêtre, l'épilepsie n'est pas

constatée, à part une crise citée les deux premiers jours sur la foi des infirmiers; mais le certificat de sortie est net à cet égard et exprime que le malade n'a présenté ni attaque ni vertige depuis son entrée et parfois aucun trouble mental. A partir de la quatrième ou de la cinquième séquestration, les certificats de la préfecture de police continuent à mentionner : alcoolisme; mais l'épilepsie n'y est plus représentée que par la mention : anciennes attaques épileptiques, ou bien : aurait été épileptique. Ce fait est très important, car il y aurait chez ces individus un développement contraire aux enseignements de la clinique; la clinique, en effet, nous enseigne que l'alcoolisme aggrave l'épilepsie, que celle-ci s'accroît si l'alcoolisme continue, et que la démence survient plus rapidement. Mais ces sujets ne deviennent jamais déments, l'épilepsie disparaît et l'alcoolisme persiste. Nos sujets à séquestrations multiples offriraient donc ce caractère exceptionnel de devenir plus alcooliques et moins épileptiques. La possibilité de telles méprises est inévitable, étant données les conditions d'examen, au Dépôt de la préfecture; le grand nombre d'individus à examiner dans un espace de temps restreint, avec renseignements souvent incomplets, parfois inexacts et quelquefois nuls. Si habile et si expert que l'on soit, la surprise est possible. Pour de tels sujets les quinze jours doivent être considérés comme un minimum d'observation.

Félix Voisin et Legrand du Saulle ont cité souvent dans leurs certificats la simulation de l'épilepsie. Ch. n'a jamais vu, dans les certificats de ces individus, indiquée la morsure de langue.

Ces sujets simulent donc l'épilepsie, mais ils s'en lassent bientôt; leur expérience des asiles leur montre qu'il est plus facile de simuler l'incohérence, l'agitation, les idées vagues de grandeur et de persécution avec ou sans hallucinations; ils simulent aisément le refus d'aliments, le refus de tabac s'ils sont fumeurs et surtout le refus d'être mis en liberté. L'année dernière, Froment, dans un travail sur la simulation, citait l'exemple d'un malade qui avait été autrefois dans son service, qui était jeune et n'était qu'un vicieux; il avait emprunté le délire à un vieux persécuté, et c'est la jeunesse seule du sujet, contrastant avec un délire trop stéréotypé pour appartenir à cet âge, qui a permis de dépister la ruse et d'en reconnaître l'origine.

Avec l'expérience, ces individus simulent aussi des idées de grandeur, se disent inventeurs, inspirés par une mission divine, destinés à régénérer leur pays, c'est un pur délire fictif; mais ce qui peut tromper l'observateur, c'est qu'à côté il y a chez eux une perversion morale remontant souvent à la jeunesse, se traduisant, d'abord, par la haine contre les sergents de la ville, les commissaires de police et

la Préfecture, puis, contre les magistrats, les médecins et les asiles d'aliénés, souvent alors ou plus tard, contre leurs parents, quoique ceux-ci aient réclamé vivement leurs sorties lors des premières séquestrations, et finalement, contre l'État, le gouvernement, la société. C'est le miséonisme dans sa période de complet épanouissement. Si l'observateur prend une telle perversion morale pour de la folie, tandis qu'elle n'est que le couronnement du vice, il tient alors pour vraies et réelles les divagations simulées et voulues de ces mêmes sujets sur les idées de persécution et de grandeur.

En réalité, il n'y a que l'union de mensonges et de divagations simulées à un état moral. Le vice, la passion et la folie peuvent se trouver réunis chez un même individu; mais le vice et la passion ne sont pas de la folie, et existent souvent sans folie.

Que deviennent ces sujets à séquestrations multiples? Ils ne meurent pas dans son service et il est probable qu'ils ne meurent pas dans les autres services d'aliénés; ils sont toujours, ou mis en liberté, ou enlevés par les autorités administratives et judiciaires. Ch. ne les rencontre jamais dans le contingent des déments séniles. Au contraire, souvent des jeunes vicieux tombent rapidement dans la démence précoce ou sont enlevés par une phthisie rapide: les premiers, parce que leur capacité intellectuelle ne peut suivre les exigences du vice dans son développement; les autres, parce que leur capacité respiratoire ne peut continuer à subvenir aux combustions de l'organisme épuisé par les excès vicieux de tout genre.

Ces sujets sont-ce des aliénés? A voir la variété des dénominations contenues dans leurs certificats, l'embarras est grand pour les classer; tour à tour, ils figurent dans l'épilepsie, le délire alcoolique, l'excitation maniaque, la fureur, la mélancolie agitée ou dépressive dans les idées confuses de persécution ou de grandeur. Les dénominations reflètent la succession des efforts scientifiques tentés en pathologie mentale. De 1840 en 1855, quand ils ont plus de trois séquestrations, ils sont désignés sous le nom de manie chronique; folie intermittente, folie rémittente; qu'ils ont éprouvé autrefois des traumatismes crâniens. Avec Legrand du Saulle, ils sont dénommés épilepsie larvée, délire vertigineux. Bourneville leur applique l'épithète d'instables.

C'est un côté incontestable de leur caractère, mais ce n'est qu'un côté. Morel en fait des folies héréditaires; Bigot les a fait entrer dans ses formes raisonnantes de la folie; pour certains, l'alcoolisme est appelé dipsomanie. Avec Magnan, ils deviennent des dégénérés; quand l'hystérie mâle a été mise au jour par Charcot, nous avons espéré que c'étaient des hystériques mâles; nous avons essayé de les hypnotiser, ils simulaient le sommeil et quand nous leur témoignions

qu'ils étaient des imposteurs, ils nous répondaient par un éclat de rire; la recherche des zones étaient toujours fort mal reçue; beaucoup étaient anesthésiques parce qu'ils le voulaient bien et non par suggestion. Nous leur avons donné souvent le nom de folie morale.

Si l'on remarque leur tendance à nier le bien, le mal, le vrai, à nier leurs délits et la justice de leurs condamnations, peut-être ira-t-on jusqu'à les faire figurer, à titre de variété, dans le fameux délire de négation, qui est en train de prendre son envolée.

Ce qu'ils ne peuvent nier, ce sont leurs habitudes alcooliques.

Et cependant combien d'ivrognes ont un domicile connu, un vrai nom, une profession réelle, ne causent aucun désordre dans la rue. Chez ces sujets, leur ivresse est toujours accompagnée de ces circonstances qui motivent leur arrestation.

Ils ont l'ivresse mauvaise conseillère; reste à savoir si, en dehors de l'état d'ivresse, ils sont accessibles aux bons conseils et surtout s'ils se les assimilent. Il y a beaucoup de préjugés et d'erreurs sur les effets de l'alcool. L'alcool intervient dans l'éclosion et le développement des germes des sentiments, des idées et des actes; il reste étranger à la genèse de leurs germes mêmes. L'alcool ne fait pas naître des bonnes ou des mauvaises idées; il se borne à mettre au jour ce qui était à l'état latent. Quant à nos sujets, ils sont vicieux même en dehors de l'ivresse, mais plus circonspects; l'ivresse émousse leur circonspection, mais, même pour ceux qui admettent le libre arbitre, la circonspection et le libre arbitre sont deux états ou deux actes différents; les termes qui les désignent suffisent pour les distinguer; il est donc prudent de les reconnaître comme responsables, sinon comme punissables, car la punition, en dehors de son action immédiate, n'a pas sur eux d'effet sérieux ni durable.

La loi Béranger a fait espérer qu'appliquée à de tels sujets débutants, elle remplirait avantageusement la première séquestration, celle où le certificat ne mentionne pas le délit et dispenserait de les envoyer dans nos services. Certes, de tels sujets préféreront simuler le repentir et l'honnêteté plutôt que la folie, en présence du bienfait de cette loi, la liberté. Si, au contraire, ils étaient prévoyants, ce qui est peu à craindre en raison de leur tendance extrême à satisfaire immédiatement leurs désirs, ils préféreraient être considérés comme aliénés, car pour des délits ultérieurs, ils pourraient toujours exciper de leur première séquestration pour revendiquer l'irresponsabilité; ils préfèrent l'asile à la prison, mais la liberté à l'asile. Si en prison ils simulent la folie, à l'asile ils simulent l'honnêteté; tout trait morbide disparaît; nous sommes obligés de les considérer guéris d'une maladie que trop souvent ils n'ont pas eue et, sous peine de violer la loi, de ne pas les garder; nous savons pourtant qu'ils reviendront;

ces mises en liberté sont des vacances; mais quelles vacances pour la société à laquelle ils sont rendus! D'ailleurs, ils sont presque toujours, en cas de délits nouveaux, considérés comme aliénés par les autorités administratives et judiciaires.

N'y a-t-il donc pas moyen de faire autrement que de les séquestrer dans les asiles? Nous avons interrogé l'histoire depuis 1776.

C'est à partir de 1820 que l'on voit figurer les ivrognes, et de 1826 les hémiplegiques dans le service d'aliénés; les ivrognes augmentent graduellement à partir de 1820, et en même temps on voit se multiplier les évasions et les réintégrations qui étaient nulles de 1776 à 1793, extrêmement rares de 1793 à 1815; les séquestrations multipliées progressent avec le chiffre des ivrognes enfermés comme aliénés. C'est vers l'époque de la loi de 1838 que l'accroissement s'accroît le plus pour l'ivrognerie, les évasions et les réintégrations.

En effet, l'article 64 du Code pénal visant l'irresponsabilité était plus net dans ses termes qu'on n'a bien voulu le dire depuis.

Étaient irresponsables, ceux qui avaient été entraînés par une force à laquelle ils n'avaient pu résister. A ce moment, les esprits sages ne se laissaient pas hanter par l'hypnotisme, ni la magie, ni les impulsions irrésistibles; au point de vue de l'état mental, le législateur n'admettait que la démence, termes sur lequel les juristes ont beaucoup ergoté depuis; le législateur n'avait prononcé ni le mot ivresse, ni le mot passion, ni même le mot folie, et il avait eu raison; il n'avait pas prononcé les mots imbécillité et fureur habituelle, expressions qu'on a voulu plus tard faire entrer dans la dénomination de démence; cependant, il n'ignorait pas ces termes ni leur valeur, puisque, à l'article 490 du Code civil, il fait figurer non seulement la démence, mais aussi l'imbécillité et la fureur habituelle comme motifs d'interdiction, tandis qu'à l'article 62 du Code pénal visant l'irresponsabilité, il se borne à indiquer la démence seule.

Les ivrognes, les vicieux, les passionnés, les furieux, et tant que n'étant pas en état de démence, étaient donc, en cas de délits, enfermés ailleurs que dans les asiles d'aliénés; il en était de même des aliénés persécutés et du délire de persécution. De 1820 à 1838, les vicieux, les ivrognes détenus dans les prisons ont simulé de plus en plus la folie; de plus, quand un persécuteur commettait un délit pour fixer l'attention publique sur lui, poussait des cris ou apposait des placards séditieux, on ne considérait que les délits et on les punissait. Au dehors, les ennemis de tout gouvernement, qui ont toujours existé et qui ont tant de caractères communs avec nos sujets à séquestrations multiples qu'ils les considèrent comme des frères, répandaient partout que les prisons étaient pleines d'aliénés. Depuis la loi de 1838, les mêmes plaintes se font entendre pour les mêmes individus, mais en sens inverse.

Comme ces mêmes individus ont passé de la prison à l'asile, leurs amis prétendent qu'ils ne sont pas fous, et que l'on enferme dans les asiles d'aliénés des gens qui ne sont pas aliénés, et souvent nous sommes tentés de leur répondre en songeant à nos sujets à séquestrations multiples : « Vous avez raison, ce sont des gens comme vous, ils ne sont pas fous ; ce sont des coquins et des imbéciles dont la place est ailleurs que dans nos asiles, dont ils viennent troubler la tranquillité et l'ordre si nécessaire au traitement des maladies mentales, mais leur place n'est pas non plus à l'état libre dans une société civilisée. » Ce sont donc les mêmes sujets vicieux qui, après avoir fait taxer l'article 64 du Code pénal de cruauté, ont entraîné la loi de 1838 sur les aliénés, loi qu'ils tentent dès maintenant de faire passer pour loi illusoire.

Dans l'état actuel des choses, plus un individu mis en état d'arrestation l'a été un plus grand nombre de fois, moindre est l'hésitation pour, en cas de délit nouveau, le considérer comme aliéné, comme irresponsable et pour le renvoyer à l'asile.

Si nous sommes parvenus à établir que les individus le plus souvent séquestrés étaient les plus sujets à caution au point de vue de l'aliénation mentale, que c'étaient des vicieux, des simulateurs, de véritables délinquants, il faut en conclure que les séquestrations nombreuses doivent être considérées comme un véritable signe du vice, et les signaler aux autorités administratives et judiciaires comme une circonstance aggravante et non atténuante.

Si, au contraire, de pareils sujets doivent continuer à être considérés comme aliénés, ils doivent être placés dans une section spéciale, dans un service spécial et à n'en plus sortir. Les nouveaux projets de loi s'occupent des aliénés dangereux, mais ils ont oublié de préciser ce que c'était qu'un aliéné dangereux ; nous serions heureux de voir les sujets à séquestrations nombreuses être assimilés aux aliénés dangereux.

Toute absence de définition dans un texte de loi est certainement défectueuse, et à cette occasion nous remarquons que si le Code n'a pas défini le mot démence, la loi de 1838 également n'a pas défini le mot aliéné, non plus que les nouveaux projets, et à cet égard le dernier rapport de 1892, déposé par M. Lafont, sur le régime des aliénés, est loin de constituer un progrès en substituant le nom d'établissements pour maladies mentales à celui d'établissements d'aliénés ; il serait nécessaire que dans le nouveau texte, le terme maladies mentales fut défini ou représenté par une énumération des maladies qu'il comprend. Avec les somnambules, les hypnotisés, les voleurs à l'étalage, les exhibitionnistes et les ivrognes, les vagabonds, les mendiants et les criminels par passion, il est à craindre

que le vice ne finisse par être considéré comme une maladie et que les sept péchés capitaux ne soient érigées en autant de maladies mentales. Il vaut mieux adresser des critiques à une loi avant sa promulgation, que de la dénigrer alors qu'il ne reste plus qu'à lui obéir.

J. M.

Greffe nerveuse, par M. DAMER HARRISON (*Sem. méd.*, 1892).

Un garçon, âgé de 13 ans, travaillant dans une fabrique de verre, se fait au poignet droit une entaille qui divise tous les tendons, excepté celui du grand palmaire. Onze semaines après l'accident, il entre à l'hôpital. A cette époque, les doigts étaient immobilisés et fléchis; il y avait de la paralysie et de l'anesthésie dans la région correspondante à la distribution du nerf médian. Il y avait, en outre, des troubles trophiques; la peau de la main était lisse, la main livide et froide et les petits muscles de la paume atrophies. On rouvrit la plaie pour se rendre compte de l'état des parties. Les tendons se trouvaient agglomérés dans une masse cicatricielle, et la suppuration avait détruit environ quatre centimètres du nerf médian. Les tendons furent dissociés et suturés; les extrémités du nerf médian furent avivées, et on remplaça la perte de substance nerveuse par le nerf sciatique d'un jeune chat récemment tué; qu'on greffa aux extrémités correspondantes du nerf médian au moyen d'une suture de catgut très fin. La plaie se cicatrisa presque aussitôt, et, deux jours après l'opération, le malade accusait un retour de la sensibilité dans l'éminence thénar et dans la première phalange du pouce. Trois jours plus tard, la sensibilité était rétablie dans la peau des premières phalanges de l'index et du médius, puis dans la peau des deuxièmes phalanges de ces mêmes doigts; mais les extrémités restèrent insensibles. Il s'est produit un transfert des sensations, celles provenant de la première phalange de l'index se trouvant rapportées à la région correspondante du médius. Vers la fin du troisième mois, les troubles trophiques avaient bien diminué, mais ce n'est qu'au bout de cinq mois que l'on put constater les premiers indices du retour de la faculté motrice. Celle-ci s'est manifestée d'abord dans les petits muscles de la main, et l'opéré a fini par pouvoir opposer le pouce à l'index. Les mouvements des doigts dans le sens de la flexion restent imparfaits, ce à quoi il fallait s'attendre en raison de la destruction des tendons du fléchisseur superficiel des doigts.

Une opération du même genre a été pratiquée depuis par Mitchell Banks, qui s'est servi, comme greffe, du nerf sciatique d'un chien, pour remplacer un segment du nerf cubital réséqué par suite de

l'ablation d'un névrome. La sensibilité, dans ce cas, s'est rétablie au bout de trente-six heures. Il existe déjà une douzaine d'observations, dans lesquelles il y a eu trois succès complets et six succès partiels. Les résultats obtenus dans la greffe nerveuse primitive sont supérieurs à ceux dans la greffe tardive; d'après Harrison, cette différence serait due aux troubles trophiques produits dans les tissus quand l'opération n'est faite qu'après un certain délai. Toutefois, la dégénérescence des nerfs moteurs est plus rapide que celle des nerfs sensitifs, ce qui explique la lenteur avec laquelle les premiers reprennent leurs fonctions.

J. M.

Du tic douloureux et de son traitement, par M. BENEDIKT
(Collège méd. de Vienne, 1892).

B. considère le tic douloureux comme le résultat d'une altération des racines grises. Bien que d'origine centrale, cette affection peut être influencée par des agents périphériques.

La compression de la carotide n'est indiquée que dans les cas où ce vaisseau est dilaté au moment des accès. La galvanisation donne parfois de bons résultats.

Lorsque l'affection résiste plus de quinze jours au traitement électrique, il ne faut pas hésiter à faire l'opération. Celle-ci consiste dans l'élongation sanglante du nerf atteint; l'opération compliquée, préconisée par Horsley, est superflue, parce que ce n'est pas la résection du nerf, mais son élongation qui est efficace. Les bons effets de l'opération se manifestent surtout en ce sens, qu'après elle, les tics se modifient par le traitement auquel ils avaient résisté auparavant. B. a opéré trente-sept cas de tic douloureux sans avoir jamais eu le moindre accident. Le pronostic s'aggrave, lorsque l'opération n'est pas suivie d'anesthésie.

Traitement de l'hystérie, par P. BLOCQ (*Gaz. des Hôpit.*, 1892).

Il est actuellement permis de considérer, comme unanime, l'accord sur les principes fondamentaux de la thérapeutique de l'hystérie. B. considère l'hystérie comme l'expression d'un trouble mental; il a conséquemment recours à la psycho-thérapie et critique les médications instituées jusqu'ici pour essayer ensuite de synthétiser les indications tirées de la forme et de la localisation des syndrômes de la maladie.

Le *traitement psychique* présente une importance capitale. D'après P. Sollier il comporte deux modes particuliers, très différents en apparence : l'isolement et l'hypnotisme.

On ne saurait trop insister sur l'isolement; l'élément psychique joue dans la plupart des cas d'hystérie, un rôle considérable, sinon prédominant. Il faut soustraire le malade, pour un temps variable, à l'influence de son milieu habituel; placé dans une chambre séparée de l'appartement occupé par la famille, ou bien à la campagne chez des parents ou des amis qui manquent de l'autorité et de la compétence nécessaires, le traitement sera insuffisant. Mieux vaut l'hôpital ou un établissement hydrothérapique. L'isolement agit d'une façon passive en supprimant certaines conditions propres à la culture de l'hystérie, et d'une façon active en ce qu'il réalise des conditions particulières et de nature à combattre précisément la déviation psychique fondamentale qui caractérise la névrose.

Le milieu où se développe l'hystérie offre un grand nombre de caractères communs, malgré la diversité résultant des variations de l'état social. Parfois, il s'agit d'une famille de névropathes dont les conditions présentent naturellement des inconvénients; l'hystérique devient de la part des siens le point de mire de préoccupations excessives et nuisibles; les inquiétudes qu'il provoque, se répercutent sur son esprit malléable et par là entretiennent et parfois exagèrent le trouble mental; les angoisses se traduisent souvent par des questions incessantes et maladroitement.

Le trouble mental de l'hystérique consiste en une sorte de rétrécissement du champ de la conscience. De là dérivent la plupart des manifestations somatiques (anesthésies, paralysies) et l'importance excessive acquise par toutes les idées qui pénètrent dans ce champ restreint, soit la suggestibilité. Le malade se ressent donc inconsciemment des angoisses provoquées dans son milieu habituel. De plus dans certains états hystériques où la perte de connaissance semble absolue, la réception des idées est toujours conservée. Nouvelles sources imprévues de suggestions! C'est là le premier effet, *l'effet passif* de l'isolement.

L'isolement corrigera encore, en partie, la déviation pathologique de l'état mental. Il restreindra la dispersion de l'attention, cause principale des principaux troubles de la sensibilité, qui sont eux-mêmes liés intimement aux amnésies, formant ainsi pour la plus grande part le fond hystérique. Chacun sait d'ailleurs qu'on fortifie son attention en se soustrayant aux impressions extérieures, soit en s'isolant. En d'autres cas, si le champ restreint de la conscience n'est occupé que de l'idée seule de la manifestation pathologique — hystérie mono-symptomatique — l'isolement aura pour effet de substituer à cette auto-suggestion morbide, l'idée de guérison qu'entraîne, par une association intime, l'espoir de la sortie à laquelle aspirent tous les sujets isolés. Ainsi se produit *l'effet actif* de l'isolement.

L'hypnotisme a aujourd'hui une valeur incontestée dans la thérapeutique de l'hystérie. Pour les uns, il constitue un traitement spécifique; pour les autres il ne peut combattre que certaines manifestations de la névrose. B. en explique l'action comme suit :

La perversion mentale hystérique est un vice de l'association des idées qui engendre un trouble de la personnalité consciente, caractérisé par une diminution de cette personnalité, un rétrécissement du champ de la conscience qui se manifeste, entre autres, par de la suggestibilité, soit par une tendance à réaliser sans contrôle les idées suscitées dans l'esprit.

Si les processus d'association se font normalement, l'ébranlement moléculaire, déterminé par une impression dans un centre cortical, irradie par les fibres commissurales dans les autres centres, où s'éveillent alors les impressions identiques enregistrées antérieurement, ce qui nous permet de contrôler la nature de la cause de l'impression. Quand ces processus d'association sont troublés, comme dans l'hystérie, l'activité du centre cortical, mise en jeu par la même impression, ne s'écoulant plus par les voies commissurales, il en résulte non seulement que le contrôle ne peut plus intervenir, mais encore que l'impression acquiert une intensité dominante.

L'hypnotisation ayant pour premier effet d'exaspérer, temporairement au moins, cette suggestibilité des sujets, ne saurait, par conséquent, être considérée comme un véritable mode de traitement de la maladie hystérique. Et, de fait, il est incontestable, qu'en nombre de circonstances les manœuvres hypnotiques ont, soit développé, soit révélé, soit même provoqué l'hystérie. Il paraîtrait donc logique, *a priori*, et *théoriquement* au moins, de conclure que l'hypnotisme, loin de la guérir, tendrait plutôt à cultiver la névrose.

Pratiquement, cependant, il serait excessif de prétendre que l'on doit proscrire l'hypnose du traitement de l'hystérie. Tel n'est pas non plus notre avis. L'hypnotisme peut rendre, à n'en pas douter, des services considérables dans le traitement de l'hystérie, et le médecin est autorisé à l'utiliser, notamment pour faire disparaître tels syndromes graves, qui résistent plus à tout autre procédé.

La déviation pathologique du mécanisme psychologique, à laquelle correspond la suggestibilité, existant en fait chez l'hystérique, il devient légitime d'en user dans un but thérapeutique. Sachant même, que l'on court le risque d'augmenter, en l'exerçant, cette disposition mentale du malade, on pensera que les inconvénients liés pour lui à un excès de suggestibilité ne sont pas comparables à ceux que lui font éprouver divers troubles, tels que l'aphonie, la paralysie, la contracture, p. ex., auxquels on aura affaire, et dont on peut espérer le débarrasser par ce procédé.

Les pratiques hypnotiques donnent-elles toujours des résultats brillants? Babinski a étudié cette question. Il divise les hystériques en deux classes : 1° ceux qui ne sont pas susceptibles d'être hypnotisés (nombre assez grand); 2° ceux qui peuvent être hypnotisés.

Cette dernière classe comprend plusieurs groupes. Parfois l'hypnotisme n'amène aucune amélioration. D'autres fois, on obtient une atténuation très limitée des accidents. Il arrive aussi que la suggestion hypnotique produise immédiatement la disparition complète des accidents, et que ceux-ci réapparaissent aussitôt que le sujet est réveillé.

B. y ajoute un dernier groupe, relativement nombreux, de sujets qui bénéficient de l'hypnose dans des limites restreintes. Ce sont ces malades dont les manifestations pathologiques cèdent rapidement à l'influence suggestive, mais ne tardent pas à se reproduire, nécessitant alors de nouvelles hypnotisations. Ces malades ne peuvent plus, pour ainsi dire, se passer de leur hypnotiseur, et on assiste chez eux, pendant des mois, pendant des années, à de continuelles récides : une telle situation est pénible pour la malade et pour le médecin. Pitres signale un autre inconvénient. Il arrive parfois qu'un accident supprimé par suggestion est remplacé par un autre accident plus désagréable que le premier. Quoi qu'il en soit, on peut, dans certains cas, obtenir à l'aide de l'hypnotisme seul une guérison rapide et définitive de divers syndromes hystériques : quelles sont les indications de ce procédé?

Les procédés d'hypnotisation : fixation d'un objet brillant, pression des globes oculaires, suggestion verbale, sont connus de tout le monde. Voici, d'après Pitres, les précautions à prendre dans ce cas : « 1° Il ne faut, en aucun cas, endormir les malades sans avoir obtenu, au préalable, leur consentement, et attendre que les malades en aient eux-mêmes la première idée; 2° s'il s'agit d'une femme il ne faut jamais l'hypnotiser sans témoins; 3° il ne faut jamais donner aux malades que des suggestions utiles à leur guérison. »

Entre ces modes principaux du *traitement psychique*, et le traitement externe proprement dit, il existe de moyens intermédiaires : la *suggestion indirecte* (où à l'état de veille), le *transfert*, les *œsthésiogènes*, qui paraissent tous plus ou moins analogues.

Suggestion indirecte. — En traitant de l'isolement, nous avons démontré l'importance de la suggestion indirecte. Loin que la *suggestion soit dans tout*, ainsi qu'on l'a prétendu, par une confusion psychologique, elle suppose, certaines conditions spéciales, inhérentes surtout à l'état psychique du sujet. Cette condition est réalisée par ce trouble des processus d'association qui existe précisément, et parfois même à son summum de développement, dans l'hystérie. Ce

n'est donc que chez des *anormaux* psychiques et chez les hystériques, en particulier, que cette influence sera susceptible d'entrer en jeu.

Dans ces cas seulement, il est permis d'affirmer que la suggestion intervient presque constamment. Pour peu qu'on en soit prévenu, il sera aisé, quand on aura affaire à un hystérique, de mettre en œuvre la suggestion indirecte. Il suffira, en effet, le plus souvent, de tenir devant le sujet, sans éveiller sa faculté de contrôle déjà prédisposée à l'inactivité de par la maladie elle-même, en s'adressant pour cela, non à lui-même, mais à une tierce personne, des propos qu'on saura de nature à l'impressionner.

Transfert. — Lorsque, chez un sujet hystérique, les signes — anesthésie, contracture, paralysie — existent seulement d'un côté du corps, il peut arriver, à la suite de l'application d'un aimant, que ces signes passent de l'autre côté. Ils deviennent alors moins tenaces et peuvent même disparaître complètement lors de cette manœuvre, dans certains cas. Le même transfert des épisodes morbides peut avoir lieu non seulement d'un côté à l'autre d'un même sujet, mais d'un sujet à un autre. Les résultats thérapeutiques obtenus par ce dernier procédé, sont remarquables : la disparition de nombre de manifestations hystériques tenaces.

La *métallothérapie* est basée sur l'idée que chaque sujet a une sensibilité spéciale pour un métal en particulier, et sa méthode consiste à faire des applications externes ou internes du métal déterminé. Lorsqu'un sujet est anesthésique, p. ex., on recherche, par tâtonnements, quel est le métal qui fait réapparaître la sensibilité. Il suffirait, dès lors, de faire prendre un des sels de ce métal à l'intérieur, pour que la malade guérisse. Ce serait admirable, si c'était vrai ! Toutefois, l'application des métaux peut agir par suggestion indirecte et provoquer la guérison incontestable de manifestations hystériques diverses.

Traitement externe. — Il comprend : l'*hydrothérapie*, l'*électrothérapie*, la *kinésithérapie*.

L'*hydrothérapie* est la meilleure méthode de traitement externe.

On utilise ordinairement les douches froides (13 à 18 degrés), en jet brisé sur le tronc, terminées par un jet sur les pieds, d'une durée n'excédant pas quinze à vingt secondes, suivies ou non, selon la réaction, de frictions sur tout le corps. Les douches seront prises tous les jours, et même deux fois par jour.

Lorsque, en raison de conditions particulières, ce mode hydriatique ne pourra être employé, on le remplacera par l'enveloppement dans le drap mouillé, ou par les ablutions sur tout le corps faites à l'aide d'une grosse éponge.

Contrairement à certaines préventions, les bains de mer sont utiles

aux hystériques, mais à la condition de se rendre dans des stations de la zone moyenne et non septentrionale, et de ne pas prolonger la durée des bains au delà de trois minutes.

Electrothérapie. — Si l'on réserve certains cas spéciaux dans lesquels la faradisation est particulièrement favorable, la franklinisation paraît convenir au plus grand nombre des cas. Le bain statique est prescrit de préférence.

Kinésithérapie. — Toutes les pratiques de cet ordre : la gymnastique, le massage, les différentes variétés d'exercice musculaire conviennent, d'une façon générale, au traitement de l'hystérie.

On peut associer entre eux ces divers modes de traitement externe, et, en particulier, l'hydrothérapie et le massage, et, mieux encore, les employer en même temps que l'isolement.

L'importance des médicaments est très diminuée dans le traitement de l'hystérie pure, c'est-à-dire ni provoquée, ni entretenue par une affection organique.

Les *bromures alcalins*, trouvent rarement ici leur indication.

Dans plusieurs circonstances (agitation extrême ou excitation mentale) on se trouve bien de l'administration du *bromure de camphre*.

La *valériane* et les *valérianates de zinc* et de *quinine* pourront rendre service.

Les attaques ne nécessitent pas un traitement très actif, on ne saurait proscrire absolument l'emploi de l'*éther* et du *bromure d'éthyle*, auxquels elles cèdent le plus souvent.

Il arrive encore qu'on soit obligé d'avoir recours à des narcotiques (*sulfonal* et *chloral*).

Quelles indications commandent les variétés soit de la maladie elle-même, soit des sujets qui en sont atteints ?

1° TRAITEMENT DES FORMES. — a) *Forme latente.* — Certains enfants, en raison de leurs antécédents héréditaires et de l'incidence, chez eux-mêmes, de divers troubles qui n'ont d'important que leur signification nosographique (sommambulisme, terreurs nocturnes, colères excessives), peuvent être considérés comme des hystériques en puissance ; il convient, ainsi de leur appliquer une sorte de traitement prophylactique. « Il est du devoir des parents névropathes, dit Kovalewsky (¹), soit du côté du père ou de la mère, soit des deux côtés à la fois, de donner à leurs enfants une éducation hygiénique spéciale, en raison de la prédisposition qu'ils portent. Leurs enfants

(¹) KOVALEWSKY, *Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1890.

doivent être placés dans des dispositions qui favorisent leur développement normal et régulier et qui, à la fois, peuvent réagir contre la tare héréditaire. »

Dans ce but, il sera nécessaire d'insister sur les exercices physiques et de restreindre les incitations émotives et le travail intellectuel. L'instruction de ces enfants ne sera commencée que tard, vers l'âge de huit ou neuf ans; elle sera faite d'une façon systématique et régulière. Pitres conseille d'élever ces jeunes prédisposés loin de leur famille, considérant que leurs parents, habituellement névropathes, manquent de la fermeté et de la pondération nécessaires, et sont ou trop violents, auquel cas ils terrorisent les enfants, ou trop faibles et alors ils les gâtent. L'internat offrirait de plus l'avantage d'habituer l'esprit à un travail régulier et d'assouplir le caractère par la discipline. Concurrément à ces mesures préventives, il sera bon de recommander l'habitude des pratiques hydrothérapiques et, notamment, l'enveloppement dans le drap mouillé, très facile à appliquer chez les enfants.

b) *Formes légères*. — Ce sont les cas de petite hystérie, de beaucoup les plus répandus.

L'*hydrothérapie*, l'électrisation statique, le changement de milieu et d'occupations, seront, dans la plupart des cas, des mesures suffisantes pour entraîner, l'une ou l'autre, la guérison, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à l'isolement. Les manœuvres hypnotiques, sont absolument contre-indiquées. L'hypnotisme pourrait entretenir ou exagérer l'état nerveux.

c) Aux *formes graves*, caractérisées par des attaques soit convulsives, soit délirantes, convient surtout le traitement par l'*isolement* dans un établissement hydrothérapique. Toutefois, si les accidents sont de date récente, s'ils se sont développés à l'occasion de la mise en œuvre d'un agent provocateur puissant, plutôt que sous l'influence d'une cause minime, si, enfin, il n'existe pas de stigmates, on pourra s'en tenir, au préalable, aux seules mesures indiquées pour des formes légères.

On peut essayer la suggestion hypnotique qui, à elle seule, ne peut qu'atténuer la fréquence des attaques. Cependant, que ces grandes hystériques viennent à présenter une paralysie, une contracture, ou du mutisme ou de l'amaurose, la suggestion, immédiatement employée, acquiert alors sa toute-puissance pour la cure de l'accident.

d) *Formes mono-symptomatiques* (paralysie, contracture, arthralgie, toux, anorexie, etc., sans attaques et parfois sans stigmates). Ces cas sont embarrassants pour le médecin, en raison de leur durée et de leur ténacité. On emploiera alors l'isolement et l'hydrothérapie; on essayera de l'hypnotisme, de l'électrisation, du massage, des

aimants, de la métallothérapie qui tous comptent des succès, mais dont on épuise souvent la série sans résultats.

2° TRAITEMENT DES ACCIDENTS. — Toutefois il est des pratiques particulières qui paraissent mieux réussir contre certains accidents. On ne peut examiner, à cet égard, les innombrables syndromes qui ressortissent à l'hystérie et on doit se borner à indiquer quelques procédés spéciaux qui, en dehors des méthodes générales (isolement, hydrothérapie, hypnotisme), sont applicables au traitement des *attaques*, des *paralysies*, des *contractures* et de l'*anorexie*.

En ce qui concerne les *attaques*, la plupart du temps, il suffit de surveiller le malade pour l'empêcher de se contusionner. Toutefois, quand elles seront sérieées, on essaiera de les arrêter en recherchant d'abord des zones hystérogènes dont la pression suffirait à enrayer les crises. S'il n'en existe pas, on mettra l'hypnotisation ou la suggestion verbale en œuvre. Enfin, on aura recours aux inhalations de bromure d'éthyle et d'éther qui produiront presque à coup sûr la sédation.

Pour les *monoplégies* brachiales, le procédé du dynamomètre est, souvent, très efficace. Il consiste à recommander au sujet de faire effort, plusieurs fois dans la journée, de sa main paralysée, avec cet instrument et de noter attentivement les plus minimes progrès qui se produiront. On constate alors une courbe ascendante presque continue. Cette manœuvre agirait en éveillant dans l'esprit les représentations kinesthétiques ayant trait au membre paralysé.

Les *contractures* cèdent parfois au massage ou mieux à l'effleurage. L'application des métaux et le transfert, à l'aide de l'aimant, soit d'un côté à l'autre, ont aussi, à leur actif, un grand nombre de guérisons de contractures tenaces. C'est à leur occasion que s'est, le plus souvent, posée la question de l'intervention chirurgicale qui n'est indiquée que dans les cas où le spasme s'est compliqué de rétraction fibro-tendineuse. Quant à l'*anorexie* hystérique, le médecin nourrira lui-même le malade confiée à sa direction.

3° TRAITEMENT CAUSAL. — A ce sujet, on ne peut que rappeler la fréquence de la chlorose chez les hystériques; elle sera combattue par les médicaments (préparations martiales et arsenicales) et les toniques (quinquina, kola). Ce seront également les diverses médications appropriées que l'on mettra en œuvre contre les intoxications ou contre les anémies qui sont les conséquences de celles-ci et qui contribuent si souvent au développement de l'hystérie.

4° TRAITEMENT SELON LES SUJETS. — On peut dire, en ce qui concerne les enfants, que ce sont eux qui bénéficient le plus certainement et le plus rapidement de l'isolement, peut-être en raison de la prédominance, chez eux, des formes maniaques.

L'hystérie masculine ou féminine ne comporte non plus aucune thérapeutique qui lui soit propre. Certaines considérations s'imposent néanmoins au sujet de l'hystérie des jeunes filles. On a cru autrefois que le mariage réalisait un de ses meilleurs agents curatifs. Les neurologistes sont d'accord sur ce point que les satisfactions sexuelles n'ont, par elles-mêmes, aucune influence favorable sur l'évolution de la névrose. Le mariage est plutôt contre-indiqué; il n'est pas rare de voir débiter l'hystérie soit à la suite des premiers rapprochements, ou à l'occasion des couches.

De l'intervention chirurgicale. — On a préconisé diverses opérations chirurgicales, non seulement pour remédier à certains accidents locaux de l'hystérie (hyperesthésies, spasmes, arthralgies), mais encore pour guérir la maladie elle-même.

On a proposé la clitoridectomie et les cautérisations du clitoris, enfin, et surtout, l'ovariotomie. Rien ne justifie ces opérations; rien, pas même le succès, car, avant de faire courir à un malade les dangers inhérents à une intervention sanglante, il faudrait être certain que la guérison ne peut être obtenue par des méthodes plus inoffensives, et cette certitude, on ne l'a jamais. Il paraît même démontré que, dans les cas heureux où les mutilations organiques graves ont été suivies de guérison d'accidents hystériques anciens, ce n'est pas l'opération elle-même qui a fait la cure, mais bien l'émotion provoquée par l'opération.

Polailon reconnaît que son efficacité de la castration ovarienne est grande chez les unes, nulle chez les autres. A son avis, il faut baser son pronostic sur l'état des ovaires. Sont-ils augmentés de volume avec lésions appréciables? La castration a des chances de succès. Cela revient à dire que l'ovariotomie pourra, chez des hystériques souffrant en même temps d'altérations organiques des ovaires, en guérissant celles-ci, entraîner en même temps la disparition des troubles nerveux.

L'intervention chirurgicale n'est pas plus justifiée lorsqu'elle se propose de supprimer une douleur ou un spasme, par la section des nerfs; dans ces cas, en effet, des symptômes analogues reparaissent souvent dans un autre territoire nerveux; de plus, comme dans le cas précédent, il n'est pas démontrable que la guérison ne se serait pas produite sans mutilation.

L'accord est presque unanime sur la non-opportunité des opérations, et ce n'est guère qu'en ce qui concerne la coxalgie hystérique, que certains auteurs sont partisans de l'application de moyens chirurgicaux : appareils inamovibles, extension, ténotomie, etc.

Lorsque, dans un cas de contracture, l'élément spasmodique aura disparu et qu'on sera assuré que la déformation persistante est le

résultat de rétractions fibro-tendineuses qui s'opposent à la bonne position et à l'usage des membres, alors la chirurgie seule aura le moyen de redresser l'attitude vicieuse.

Le traitement chirurgical ne sera institué que lorsqu'il s'agit de ces rétractions qui succèdent aux contractures spasmodiques.

J. M.

Utilisation médicale des courants alternatifs à haut potentiel,
par GAUTIER et LARAT (*Revue scientifique*, 1892).

A l'aide de dispositions sur lesquelles nous n'insisterons pas, les auteurs ont pu employer, pour les usages médicaux, les courants alternatifs de haute tension fournis par une usine centrale de Paris.

Le courant fourni par l'usine, à la tension de 2000 volts, est transformé par les auteurs en un courant alternatif de 110 volts, propre à être employé en thérapeutique.

1° D'Arsonval a démontré que les courants alternatifs exercent sur la nutrition des effets absolument remarquables. Les auteurs ont obtenu d'excellents résultats dans certaines affections cutanées, s'accompagnant de prurit ; ils croient prématuré de donner les résultats obtenus dans les maladies qui s'accompagnent d'un ralentissement de la nutrition (obésité, goutte, rhumatisme, diabète, affections neurasthéniques).

2° Les auteurs se sont servis, d'autre part, du courant industriel pour animer un galvanocautère de leur invention, et pour produire de l'ozone. Ils n'ont constaté, contrairement à l'assertion de certains médecins, aucune amélioration par l'emploi de ce gaz chez les anémiques, les tuberculeux et les emphysémateux. L'ozone, du reste, se montre donc d'une certaine toxicité et détermine facilement des vertiges ; il pourrait même produire de l'angine et de la bronchite (?).

J. D. B.

Du chlorure d'or et de sodium dans la paralysie générale progressive, par MM. BOUBILA, HADJES et COSSA (*Ann. méd. psychol.*, 1892).

Les auteurs ont voulu contrôler l'assertion, toujours grandissante, de la nature syphilitique de la paralysie progressive. Le traitement anti-syphilitique classique ne leur a donné que des insuccès. Ils ont alors eu recours aux vertus anti-syphilitiques de l'or et sont arrivés aux conclusions suivantes :

Les résultats du traitement par le chlorure d'or et de sodium présentent des avantages. Quant à ses inconvénients, ils sont nuls.

L'augmentation des globules marche parallèlement à l'augmentation de poids. La pression dynamométrique peut être considérée comme une quantité négligeable, vu les difficultés de l'opération, malgré sa simplicité. Dans deux observations de la période de déclin, malgré leur apparente contradiction, les insuccès ne détruisent pas leur proposition, à cause des circonstances spéciales qui accompagnaient le traitement. Le chlorure d'or et de sodium pourrait agir avec plus d'efficacité dans la première période du mal, en permettant des rémissions; dans les dernières en retardant la fin nécessaire. Il est utile quand même dans la deuxième, en augmentant les chances de résistance.

Les auteurs ne pensent pas avoir trouvé un agent curatif de la paralysie générale progressive. Ils ont plutôt visé l'étiologie syphilitique de cette maladie, et se servant d'un médicament qui a joui d'une vogue sérieuse contre la syphilis. Contre l'origine syphilitique, ils avaient déjà des insuccès par l'iodure de mercure; faudra-t-il y ajouter le chlorure d'or et de sodium? L'avenir seul répondra à cette question. S'il répond négativement, ils pensent qu'ils n'auront pas œuvre inutile, parce que la numération des globules leur aura au moins démontré que les préparations auriques peuvent avoir des avantages dans la paralysie générale progressive. J. M.

De la pilocarpine dans le traitement de l'épilepsie, par FÈRE
(Soc. de biologie, 1892).

On a vanté, à diverses reprises, et récemment encore, le nitrate de pilocarpine dans le traitement de l'épilepsie. F. a renoncé depuis longtemps à l'emploi de ce médicament, car loin de supprimer les accès comitiaux, il est plutôt capable d'en provoquer. Un de ses malades eut un jour quatre accès presque immédiatement après une injection de nitrate de pilocarpine, alors que depuis plusieurs mois il n'en avait pas présenté un seul.

Le nitrate de pilocarpine ne saurait davantage être employé pour favoriser l'élimination du brome chez les épileptiques soumis depuis longtemps au traitement bromuré.

En somme, le nitrate de pilocarpine serait un médicament à rejeter de la thérapeutique de l'épilepsie. J. M.

Traitement de l'épilepsie par la trépanation, par M. BENEDIKT
(Collège médic. de Vienne, 1892).

Un homme de 36 ans, atteint depuis sept ans d'accès épileptiformes localisés au côté droit (face, membre supérieur et quelquefois

membre inférieur). Ces accès se renouvelaient plusieurs fois par semaine et même par jour. B. diagnostiqua une méningite circonscrite de l'hémisphère cérébral gauche. L'emploi des pointes de feu et d'autres moyens thérapeutiques n'ayant donné aucun résultat, il conseilla la trépanation. Après avoir vérifié par l'excitation électrique le siège de la région motrice du membre supérieur et de la face, on enleva un fragment de substance cérébrale grand comme une pièce de cinquante centimes. Le résultat immédiat de l'opération fut mauvais : le nombre des accès augmenta considérablement; le malade fut atteint d'une paralysie complète des membres du côté droit, puis d'aphasie; au bout d'un certain temps, tous ces symptômes disparurent dans l'ordre inverse de leur apparition : les accès devinrent de plus en plus rares et finirent par disparaître entièrement.

Hoehenegg, qui pratiqua la trépanation, ne croit pas que ce soit un cas d'épilepsie traumatique, mais d'épilepsie spontanée.

J. M.

Traitement par la quinine des accès convulsifs hystéro-épileptiques, par CASCIANI.

Bien que les attaques hystéro-épileptiques ne présentent en elles-mêmes aucune gravité, elles constituent cependant par leur répétition un phénomène très gênant pour le malade et son entourage.

D'après Casciani, la quinine, au moins pour ce qui concerne les convulsions hystéro-épileptiques qui se répètent plus ou moins régulièrement à certains intervalles, parfois aux mêmes heures de la journée, aurait des effets bienfaisants dans les névralgies à type intermittent, même quand elles ne sont pas d'origine malarique. Elle peut aussi enrayer certains troubles moteurs périodiques.

L'action anti-convulsivante de la quinine a été manifeste chez une malade qui, tous les huit ou dix jours, était prise, vers le soir, de violentes convulsions hystéro-épileptiques. Comme elle souffrait en même temps de céphalalgie, C. prescrivit à cet effet 80 centigr. de bisulfate de quinine en quatre prises. Cette médication supprima complètement les attaques convulsives. C. employa la quinine avec succès, dans six cas de convulsions hystéro-épileptiques à type intermittent. Chez trois de ces malades, qui prirent le médicament à dose assez élevée (80 centigr. à 1 gr.), les convulsions furent enrayerées du coup et définitivement. Chez deux autres, la quinine, à doses relativement faibles (30 à 50 centigr.) fit cesser les attaques convulsives, mais celles-ci réapparurent dans la suite pour disparaître sous l'influence d'une nouvelle administration du médicament. Enfin, dans

un dernier cas, il s'agissait d'un enfant de dix-huit mois qui présentait tous les deux ou trois jours une série de convulsions (hystériques?) débutant entre huit et neuf heures du matin, pour cesser vers cinq ou six heures du soir. Dans ce cas, 25 centigr. de bisulfate de quinine administré en trois prises, entre cinq et sept heures du matin, suffirent pour supprimer complètement les accès.

De ces faits, C. conclut :

1° Les préparations de quinine possèdent la propriété de prévenir le retour des convulsions hystériques et hystéro-épileptiques, lorsque les accès présentent une certaine périodicité;

2° Pour obtenir un effet sûr et certain, le médicament doit être administré à haute dose (80 centigr. à 1 gr.), une heure au moins avant le moment présumé de l'apparition d'un accès;

3° Parmi les diverses préparations de quinine, le bisulfate est le plus actif; on peut se servir aussi du valérienate ou du citrate.

En présence des résultats obtenus, il est permis de se demander si ces observations se rapportent à l'hystérie essentielle et non pas à la fièvre intermittente larvée à manifestations hystériformes, à cette hystérie malarique dont von Krafft-Ebing a relaté récemment un cas intéressant.

J. M.

Twenty-first Annual Report of the Middletown State homœopathic Hospital, at Middletown, N. Y., par le Dr SELDEN H. TALCOTT, 1892.

Déjà plus d'une fois nous avons fait connaître les excellents rapports que publie annuellement sur son asile le Dr Talcott. Son asile contenait, au 30 septembre 1891, 393 hommes et 372 femmes. Pendant l'année écoulée, il eut 113 guérisons (55 H. et 58 F.), 40 sorties sans guérison (22 H. et 18 F.) et 43 décès (28 H. et 15 F.).

Avant de présenter les observations relatives à son asile, le Dr Talcott trace sommairement les impressions qui lui ont laissé le voyage qu'il a fait en Europe pour visiter les principaux asiles de l'Ecosse, de l'Allemagne du Nord, du Danemark, de la Suède, de la Norvège et même le Colney Hatch de Londres. Le rapport qu'il en fait est très instructif.

Il passe ensuite successivement en revue les asiles d'aliénés de l'État, la nécessité de posséder des maisons de retraite à la campagne pour les aliénés convalescents et les cas chroniques, les inconvénients résultant d'un surcroît de population, le travail et les distractions des aliénés, l'éducation des aliénés et des gardiens, le régime diététique des aliénés, le service médical, l'état des bâtiments

pour les pensionnaires et pour les indigents, l'administration supérieure et l'inspection des asiles, la révision de la loi.

On comprend qu'il est impossible de jeter un coup d'œil sur un rapport aussi détaillé, ajoutons même tellement complet qu'il serait difficile de trouver en Europe des rapports annuels de cette importance. Nous devons féliciter le Dr Talcott de son dévouement tout spécial pour la cause des aliénés.

J. M.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel pratique de médecine mentale, par le D^r E. Régis
(Paris, Octave Doin, éditeur, 1892).

En 1884, quand le D^r Régis livra à la publicité son *Manuel pratique de médecine mentale*, nous prédisions à ce traité la plus heureuse fortune; nous prévoyions qu'il était destiné à succéder dans les bibliothèques au traité classique de Marcé. Ces prédictions se sont réalisées. Un tel succès a encouragé l'auteur. Il nous donne aujourd'hui dans une seconde édition son œuvre, revue, rajeunie, augmentée de données nouvelles, plus complète encore. — Nous ne prendrons plus à son égard des attitudes de prophète : ce ne serait plus même faire acte de perspicacité. Le succès tient cet excellent manuel, et le succès lui sera continué.

Dans ce compte-rendu, qui ne saurait être une analyse d'un volume de plus de 700 pages, nous ne nous arrêterons qu'aux chapitres les plus nouveaux et les plus intéressants. Encore faudra-t-il se contenter de les signaler à l'attention sans plus ample analyse.

Dans le chapitre III consacré à la classification des maladies mentales, nous retrouvons la nomenclature internationale du Congrès de Paris de 1889, que la Société de Médecine mentale a longuement étudiée dans ses séances et qu'a fait prévaloir notre confrère Morel. Le livre du D^r Régis lui assurera une nouvelle et puissante publicité.

Au chapitre VI nous rencontrons sous forme d'appendice une bien intéressante représentation graphique des folies généralisées. Les graphiques sont à notre époque en grand honneur dans les sciences et il ne faut pas trop s'étonner qu'on les retrouve même en médecine mentale.

Le chapitre VIII où l'auteur traite des dégénérescences d'évolution a pris une extension particulière. Il traite en effet de ces matières qui paraissent avoir particulièrement fixé l'attention de nos contemporains. Désharmonies, neurasthénies, phrénasthénies, maladies de fin de siècle, autour desquelles on s'acharne et qui éclatent de toutes parts! Le D^r Régis leur devait des développements spéciaux.

C'est dans ce chapitre, que nous retrouvons à côté des phrénasthénies raisonnantes ou folie morale, les phrénasthénies instinctives ou psychose criminelle.

Psychose criminelle!

J'ai prononcé le mot; on ne me pardonnerait pas de ne pas répéter ce qu'en dit le D^r Régis :

« Ce serait une erreur de penser, écrit notre distingué confrère, qu'il existe une folie spéciale, ayant pour symptôme la tendance au crime, c'est-à-dire une psychose criminelle pure. Cette proposition doit être renversée et il est plus juste de dire qu'il existe une catégorie de criminels présentant manifestement un vice d'organisation plus ou moins marqué. Mais quoi qu'on ait voulu prétendre, les anomalies somatiques de ces êtres ne sauraient être considérées comme leur appartenant en propre. Il est possible, il est probable même que certains caractères de dégénérescence se retrouvent plus fréquemment dans une variété morbide déterminée, rapprochant entre eux ses divers membres et que l'exagération de la grande envergure, l'asymétrie du visage, la saillie des pommettes et des arcades sourcilières, la grosseur de la mandibule, la présence de la fossette sous-occipitale et de l'appendice lémurien, pour ne citer que ceux-là, s'observent surtout chez les dégénérés criminels. Mais ce n'est pas une raison pour voir dans la dégénérescence des criminels, un vice tératologique spécial relevant d'une cause à part, telle par exemple, que le retour à l'état sauvage ancestral.

« La dégénérescence est une, et pour si variés que soient ses stigmates, elle n'en est pas moins identique dans son origine et dans ses conséquences.

« Le criminel-né n'est donc qu'un dégénéré instinctif comme l'aliéné persécuteur est le dégénéré intellectuel et raisonnant. »

Plus loin, le D^r Régis, faisant remarquer que par une évolution scientifique assez curieuse l'étude du criminel d'abord purement anthropologique est devenue aujourd'hui franchement sociologique, rappelle très justement une parole de Lacassagne : « Le criminel est un microbe inséparable de son bouillon de culture, le milieu social. »

On attache souvent trop peu d'importance aux folies associées à certains états physiologiques, à celles qui sont associées aux maladies locales des viscères, comme à celles qui sont associées aux maladies générales. Trois chapitres en traitent spécialement.

Dans le premier, nous pouvons étudier l'hébéphrénie, la folie sénile, la folie menstruelle, la folie puerpérale et enfin la folie de la ménopause.

Dans le chapitre suivant, nous voyons quelles relations existent entre les désordres intellectuels et moraux et les maladies des

organes génitaux et génito-urinaires, des voies digestives, de l'appareil circulatoire et même de l'appareil pulmonaire.

Quant aux maladies associées aux maladies générales, après avoir signalé la folie liée à la variole, à l'érysipèle, au choléra, à la fièvre typhoïde, à la rage, l'auteur mentionne aussi (le livre est bien moderne) la grippe ou influenza.

L'auteur admet que l'épidémie de 1889-1890 s'est accompagnée dans un très grand nombre de cas de troubles névropathiques ou psychopathiques, troubles exactement comparables à ceux qu'engendre la fièvre typhoïde.

Délire maniaque violent avec agitation automatique et ordinairement de courte durée au début de l'influenza; hébétude, torpeur, véritables accès de mélancolie et d'hypocondrie éclatant dans la période de convalescence.

Quant à l'action de l'influenza sur les aliénés, elle aurait été variable. Dans certains asiles, les malades se seraient montrés absolument réfractaires à l'épidémie, alors même qu'elle sévissait sur le personnel; dans d'autres, ils auraient été atteints en grand nombre sans que, le plus souvent, la grippe ait exercé une action quelconque sur le délire existant.

Ce chapitre où l'auteur traite des folies associées a un intérêt particulier. On voudrait pouvoir résumer, comme il convient, les pages si instructives, d'une importance nouvelle dans les traités de médecine mentale, consacrées aux relations de la fièvre intermittente, de la tuberculose, de la syphilis avec la folie; viennent encore les folies diathésiques, les folies liées aux maladies du cerveau et de la moelle, aux névroses.

Dans les folies toxiques, il faut signaler comme des importations modernes, les folies associées au morphinisme, au chloralisme, au cocaïnisme.

Le traitement des aliénés est condensé dans un chapitre spécial. Les moyens les plus nouveaux, comme bien l'on pense, y sont étudiés de près, la suggestion thérapeutique, l'électrothérapie.

Dans le formulaire thérapeutique, on rencontrera sans étonnement l'uréthane, le chloralamide, l'hypnone, le méthylal, l'ural, les lavages médicamenteux de l'estomac, des pratiques d'antisepsie gastro-intestinale.

Si nous marquons tous ces détails, c'est que non seulement nous tenons à féliciter l'auteur de nous avoir livré un traité complet et digne de son époque, mais aussi que nous voulons faire ressortir l'évolution lente, inconsciente peut-être, de la médecine mentale subissant même dans la thérapeutique des maladies vésaniques l'influence toute puissante des théories microbiennes ou des laboratoires de chimie.

J'en ai dit assez pour faire comprendre qu'il est utile de feuilleter ce livre mais non point assez pour rendre à l'auteur, notre correspondant, le juste hommage dû à des études aussi laborieuses et aussi importantes.

D^r CUYLITS.

Clinique des maladies du système nerveux de M. le prof. Charcot.

Leçons, mémoires, notes et observations parues pendant les années 1889-1891, sous la direction du D^r G. GUINON, avec la collaboration de MM. GILLES DE LA TOURETTE, BLOCQ, HUET, PARMENTIER, SONQUES, J. B. CHARCOT et MEIGE (Paris, Bureaux du *Progrès médical*, 1892).

Nous avons devant nous le premier volume de ce travail dont les noms de l'auteur et des principaux collaborateurs sont trop favorablement connus pour qu'il soit nécessaire d'en faire l'éloge. Déjà Charcot possédait en 1890 ses œuvres complètes; mais le génie qui le distingue, les excellents éléments qui l'entourent et le stimulent le rendent réellement infatigable.

Ceux qui s'intéressent à la neuropathologie savent combien ce chapitre de la pathologie devient vaste et difficile. Le chef de l'École de la Salpêtrière ne recule pas devant les obstacles ou plutôt il ne les connaît pas, parce qu'on doit le considérer comme un des principaux créateurs de cette science nouvelle. C'est d'ailleurs en France, et spécialement à Paris, que les maladies nerveuses sont les plus fréquentes, que les progrès, surtout en présence de cette légion de travailleurs, sont les plus réalisables. Le nombre des consultations à la policlinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière s'élève annuellement à 5000!

Le nouveau volume décrit successivement la maladie de Morvan, un cas d'hystéro-traumatisme (*monoplégie brachiale hystérique développée à la suite d'une fracture du radius*), les tremblements hystériques, — un cas de migraine ophtalmoplégique (*paralysie oculo-motrice périodique*), — l'œdème bleu des hystériques chez une sœur cadette et coxalgie hystérique chez la sœur aînée, — une complication peu connue de la sciatique (*paralysie amyotrophique dans le domaine du poplité*), — un cas de sciatique avec paralysie amyotrophique dans le domaine du poplité, déterminée par l'usage exagéré de la machine à coudre, — une sciatique double primitive avec atrophie dégénérative des muscles dans le domaine du poplité externe et interne, une ophtalmoplégie externe avec amyotrophie généralisée, — cinq cas d'ophtalmoplégie externe (paralysie bulbaire supérieure) combinée soit à la paralysie labio-glosso-pharyngée (paralysie bulbaire totale), soit à l'atrophie musculaire généralisée (polio-

encéphalo-myélite) et le diagnostic différentiel, — un cas de syringomyélie avec panaris analgésiques, un cas de paralysie diabétique, paralysie dissociée du facial inférieur d'origine hystérique (cumul de facteurs étiologiques : traumatisme, alcoolisme, hérédité nerveuse), — un cas d'hystérie simulatrice du syndrome de Weber, — un cas de paralysie radiculaire de la première paire dorsale avec lésion hémilatérale de la moelle, d'origine traumatique simulant la syringomyélie, — un cas de syringomyélie observé en 1875 et 1890, — de la démarche chez les hémiplegiques, — un cas de syphilis héréditaire tardive, — encore deux cas de syphilis cérébrale, — des formes frustes de la sclérose en plaques, — une note sur un cas de paralysie de l'oculo-moteur externe et du facial avec atteinte de l'orbiculaire des paupières, compliqué d'hémiplegie du même côté, — et une contribution à l'étude des bâillements hystériques.

Plusieurs de ces travaux, nos lecteurs le savent, ont déjà paru dans des revues scientifiques, mais nous devons savoir gré à l'auteur d'avoir réuni toute une série de documents qu'on chercherait vainement dans les travaux classiques dont on dispose généralement.

J. M.

Bulletin of the international medico-legal Congress, held June 4, 5, 6 and 7, 1889 at New-York, published by The Medico-legal Journal, 57, Broadway, N. Y., 1891.

Les études médico-légales dans les États de l'Amérique du Nord étaient relativement peu cultivées avant 1883. Grâce à l'initiative du fondateur du *Medico-legal Journal* et des nombreux sacrifices qu'il s'est imposé, nous avons vu, chaque année, cette publication trimestrielle gagner en importance. Réellement infatigable et s'adressant aux autorités médicales et juridiques les plus favorablement connues dans le monde entier, Clark Bell essaya timidement, en 1887, la création d'un Congrès international de médecine légale en Amérique. Le compte-rendu de ce Congrès prouve la confiance relativement petite en un succès dans ce genre de travaux. Clark Bell néanmoins, loin de se décourager, se sentit mieux armé pour renouveler son entreprise. En 1889, secondé par ses collaborateurs de plus en plus nombreux, il institua un second Congrès dont nous pouvons parler aujourd'hui en présence de son bulletin et déclarer que cette réunion scientifique a été très fructueuse quant aux travaux qui ont été présentés et aux discussions consécutives.

Nous regrettons seulement que tous les travaux originaux qui y ont été discutés, n'aient pas trouvé leur place dans le compte-rendu et que le lecteur soit obligé de recourir au *Medico-legal Journal* pour avoir une idée exacte sur la situation de certaines questions.

Nous y rencontrons comme principaux articles : la responsabilité criminelle dans la narcomanie, par le D^r Norman Kerr, — Les hôpitaux spéciaux pour les criminels aliénés, par Clark Bell, — Les dispositions à prendre relativement aux criminels aliénés, par le D^r Godding, — L'expertise dans les cas d'homicide, par le juge H. Francis, — Notes sur l'expertise médicale dans l'ancien monde, par A. Wood Renton, — L'expertise médicale au point de vue médico-légal par Gold Frost, — L'avortement, — Les épidémies de maladies mentales, par Ellenger, — Volitional insanity, par A. Arbott, — Un cas de maladie nerveuse simulée, — Le sens du goût au point de vue médico-légal, par le D^r Mount Bleyer, — Les excentricités de la folie, par Noah Davis, — Une colonie pénitentiaire pour les États-Unis, par le D^r Drayton, — L'alcoolisme chez les criminels, par le D^r Crothers, — Les différents états de l'ivresse, avec considérations sur la responsabilité dans l'ivrognerie, par le D^r Wright, etc.

J. M.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte-rendu du service du D^r Bourneville à l'Hospice de Bicêtre pendant l'année 1890, avec la collaboration de MM. CAMESCASSE, ISCH-WALL, MORAX, RAOULT, SÉGLAS et P. SOLLIER (Paris, Bureaux du Progrès médical, 1891).

Si le nouveau rapport du D^r Bourneville s'est fait attendre plus longtemps que d'habitude, il faut en attribuer la cause à une plus grande étendue de la matière. Hâtons-nous de relever que le célèbre hospice a été agrandi d'une nouvelle section composée de trois pavillons, que des perfectionnements ont été établis dans le musée scolaire, dans le musée anatomo-pathologique et dans les laboratoires. — La fondation Vallée permettra d'étendre encore considérablement le service.

Il semble inutile d'indiquer ici le mouvement de la population à Bicêtre; nous pouvons nous borner à déclarer une nouvelle fois que les enfants qui y sont confiés sont l'objet de toute la sollicitude de la haute administration.

Les D^{rs} Bourneville et Raoult y décrivent un cas d'imbécillité prononcée avec torticolis, syndactylie, hypospadias, tuberculose intestinale, typhlite et pérityphlite tuberculeuses.

Les D^{rs} Bourneville et Morax y font la description d'un cas d'idiotie et d'épilepsie symptomatique (*atrophie et sclérose*), d'un cas d'idiotie symptomatique d'une tumeur (*hydrocéphalie*) et d'un cas d'idiotie symptomatique de méningo-encéphalite (*idiotie méningo-encéphalitique*).

Les D^{rs} Bourneville et Isch-Wall y donnent la description d'un cas d'idiotie complète, avec épilepsie et mal de Pott vertébral.

En collaboration avec le D^r Ségla, le chef de l'école de Bicêtre décrit trois cas très intéressants d'hystérie chez l'homme.

La troisième partie reproduit les communications faites au Congrès de médecine mentale de 1889 :

1° Un essai de classification anatomo-pathologique de l'idiotie, fait en collaboration avec MM. les D^{rs} Camescasse et P. Sollier.

2° Une nouvelle contribution à l'étude de la microcéphalie basée sur cinq observations.

3° Une contribution à l'étude de la porencéphalie et de la pseudo-porencéphalie.

4° Une nouvelle contribution à l'étude de l'idiotie myxoédémateuse.

Les travaux de l'école de Bicêtre, les plus importants connus jusqu'ici, méritent de figurer dans les bibliothèques des établissements qui s'occupent de ce genre d'aliénés. J. M.

Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'acromégalie et en particulier d'une forme amyotrophique de cette maladie,
par le D^r DUCHESNEAU (Paris, J. B. Baillière, 1892).

Nous pouvons dire qu'en France l'attention spéciale a été appelée sur ce nouveau type morbide désigné sous le nom d'acromégalie depuis la thèse inaugurale de M. Sonza-Leite en 1890. Depuis ce moment l'auteur a recueilli une observation personnelle et étudié toutes les observations qui ont été publiées en langue française et quelques-unes de celles qui ont paru à l'étranger. Il a rapproché les différents symptômes, les différentes lésions observées. Il est parvenu aux conclusions suivantes :

1° Les lésions du squelette dans l'acromégalie sont toutes conditionnées par la lésion du tissu osseux, qui, dans ce cas, consiste dans l'envahissement de la presque totalité des os à moelle rouge persistante par le tissu osseux d'origine médullaire ou tissu spongieux.

2° Il existe une forme amyotrophique de l'acromégalie; la production de cette forme est toute occasionnelle, et sa raison d'être est dans la compression des nerfs rachidiens dans les trous de conjugaison dans le cas de lésions osseuses rachidiennes devenues excessives.

Cette forme a donc une valeur purement clinique et constitue un incident du processus acromégalique. L'amyotrophie peut faire ou ne pas faire partie des symptômes observés chez les acromégaliques;

*

--

son existence n'est pas un élément nécessaire à la constitution du syndrome acromégalique complet.

3° L'altération des muscles joue, quand elle existe, un certain rôle dans les déformations observées. La dégénérescence des muscles abdominaux détermine, quand elle est complète, l'entéroptose et la néphroptose. La corrélation entre l'inertie des parois du ventre et la mobilisation des organes abdominaux, en particulier des reins, est alors évident et justifie les vues de M. Glénard à la façon d'une faible expérience.

L'auteur a donné à son travail un développement considérable. Espérons qu'il pourra en publier bientôt une nouvelle édition. Nous serions heureux alors de voir à la fois l'ouvrage plus condensé et enrichi d'autres nombreux cas enregistrés dans les travaux allemands et anglais.

J. M.

Lehrbuch der Psychiatrie für Studierende und Aerzte, von
D^r THEOD. KIRCHHOFF, Arzt an der Irrenanstalt bei Schleswig
und Privatdocent der Universität Kiel (mit 11 Holzschulden
im Text und 16 Tafeln). — Wien, Franz Deuticke, 1892.

Nos lecteurs constateront que c'est dans les pays de langue allemande que l'on publie le plus grand nombre de traités didactiques sur la médecine mentale. Le D^r Kirchhoff que nous avons appris à connaître dans le précédent Bulletin par un excellent travail sur l'histoire de la psychiatrie, nous présente aujourd'hui une œuvre plus importante encore au point de vue de l'enseignement.

Si autrefois la littérature germanique nous offrait des travaux relativement confus, difficiles à se faire comprendre et n'ayant pu jouir que d'une réputation éphémère, nous pouvons dire que les psychiatres allemands des derniers temps rivalisent pour gagner au point de vue de la clarté et de la méthode.

L'auteur pour ainsi dire laisse de côté certaines de ses doctrines dans l'unique but de faire un travail apte à être mis dans les mains de tous les psychiatres et même de ceux qui désirent embrasser l'étude des maladies mentales. Il a acquis la conviction qu'une originalité trop prononcée nuit considérablement à des œuvres de ce genre et que de cette manière il sera plus sûr de faire profiter les lecteurs qui s'adonnent à ce genre d'études.

Après avoir exposé sommairement les bases anatomiques et le siège des troubles psychiques, il en étudie soigneusement les causes et la symptomatologie générale. Dans ce dernier chapitre, très étendu et très important, il passe successivement en revue les troubles de la conscience, les troubles des représentations mentales

tant au point de vue de leurs combinaisons et de leur marche, les aberrations de la sensibilité, de la volonté et des actes ainsi que les phénomènes somatiques concomitants.

La marche des troubles mentaux est décrite plus succinctement, mais l'auteur décrit avec un soin tout particulier la question des procédés d'examen en y comprenant à la fois l'étude des frontières de la folie et le peu de choses que l'on sait relativement à l'étude macroscopique après décès.

Kirchhoff arrive ainsi à l'étude du traitement qu'il subdivise en traitement psychique, traitement prophylactique et traitement somatique. Dans cette dernière partie, il est aisé de constater que l'auteur est absolument à la hauteur de toutes les médications nouvelles instituées dans ces derniers temps.

C'est avec plaisir que nous y avons rencontré un chapitre sur les préjugés contre les asiles d'aliénés et les avantages que présentent ce genre d'établissements, et un autre chapitre sur le traitement des convalescents.

Il semblait impossible à celui qui a fait l'histoire la plus complète de la psychiatrie de ne pas en présenter une idée dans son nouveau travail. Nous pouvons dire que cette partie de son œuvre en est un résumé fidèle.

Plus de la moitié de ce traité se trouve ainsi consacrée à la partie générale. Kirchhoff n'aborde sa partie spéciale qu'après avoir jeté un coup d'œil sur la classification des maladies mentales. Ici, il s'écarte sensiblement de la manière de voir de Schüle, von Krafft-Ebing, Kräpelin, Levinstein et de plusieurs autres en s'efforçant, à l'instar de Meynert, de Salgó, etc., de grouper les formes morbides sous les dénominations les plus élémentaires. Aussi sa classification se rapproche-t-elle de celle recommandée par la Société de médecine mentale de Belgique et adoptée au Congrès de Paris en 1889. Voici son groupement :

1° Aliénations mentales simples : Mélancolie, manie, folie périodique (mélancolie ou manie périodique, folie circulaire) et paranoïa.

2° Aliénations mentales compliqués de lésions anatomiques permanentes du cerveau ou de maladies générales : Démence primaire et secondaire, démence sénile, démence paralytique, — folie compliquées de paralysies (syphilis cérébrale, sclérose cérébrale diffuse, gliose, etc. Maladies focales du cerveau), — folie épileptique, folie hystérique, folie neurasthénique, — folies dues à une intoxication, — imbécillité et idiotie.

La folie morale trouve sa place dans la dernière rubrique.

Nous ne saurions terminer ce coup d'œil général sur cette excellente acquisition sans rendre un hommage spécial à l'éditeur. Le

travail typographique et l'exécution des dessins semblent avoir atteint le dernier degré de la perfection. J. M.

Psychopathia Sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Eine klinisch-forensische Studie von Dr v. KRAFFT-EBING, professor der Psychiatrie in d. k. k. Universität Wien. Siebente vermehrte und theilweise umgearbeitete Auflage (Stuttgart, Ferd. Enke, 1892).

Il y a à peine une année que le professeur v. Krafft-Ebing publia la sixième édition de cet ouvrage et quelques mois après il le fit suivre d'un autre travail intitulé : *Neuen Forschungen auf dem Gebiet der Psychopathia Sexualis*.

L'édition actuelle est non seulement la reproduction de celle parue en 1891 mais encore additionnée du nouveau travail que nous venons de mentionner et de vingt-quatre observations nouvelles. La présente édition décrit ainsi 188 cas cliniques distribués dans les différents chapitres qui traitent de l'inversion sexuelle. Les additions sont devenues telles que l'ouvrage occupe actuellement 432 pages d'un texte serré.

Le savant professeur de Vienne intercale et interprète chaque cas clinique conformément à la division qu'il a adoptée. C'est la première fois que son travail passe en revue d'une manière détaillée et scientifique le sadisme, le masochisme et le fétichisme. Par l'exposé médico-légal de cette partie si intéressante de la psychopathologie sexuelle, l'œuvre de v. Krafft-Ebing acquiert une importance toute nouvelle. On y rencontre en effet tout ce que la littérature allemande et étrangère a publié sur cette question de manière que le travail expose la pathologie de la vie sexuelle qui doit intéresser à la fois le pédagogue, le clinicien, le médecin et le juge. C'est en dire assez pour pouvoir prédire un accueil favorable à un travail qui n'a son pareil dans aucune langue et qui rend un service énorme à la science, au droit et à l'humanité. J. M.

Des troubles du langage chez les aliénés, par le Dr SÉGLAS, médecin de la Salpêtrière (Paris, J. Rueff et C^{ie}, 1892).

La maison Rueff de Paris a entrepris la publication d'une série de travaux qui constitueront la *bibliothèque médicale Charcot-Debove*. Déjà nous y rencontrons des travaux de Hanot, Debove, Comby, Talamon, Debove et Rémond et enfin celui du Dr Séglas.

Le sujet entrepris par ce dernier auteur, ne peut manquer d'at-

tirer l'attention des médecins-aliénistes. Ceux qui se tiennent au courant de la littérature psychiatrique et qui ont pu lire les travaux de l'auteur ont pu se convaincre non seulement de l'étendue de son esprit d'observation, mais encore de l'exactitude de ses procédés analytiques. C'est assez dire qu'il attache une importance capitale à l'interrogatoire le mieux soigné de ses aliénés. Nous regrettons même de devoir dire à cette occasion que nous ne connaissons jusqu'ici aucun travail de psychiatrie en langue française qui expose un procédé systématique pour l'exploration des aliénés. M. Séglas, par ses différents travaux, nous prouve qu'il rendrait aux aliénistes français, et surtout aux débutants, un bien grand service, s'il pouvait un jour nous gratifier d'un pareil guide.

La nouvelle œuvre du Dr Séglas nous a fait faire une digression. C'est par l'interrogatoire méthodique que nous pouvons entrer en communication avec le sujet; c'est par le langage écrit, parlé ou mimique que se traduisent au dehors les modifications de la pensée et les différentes émotions. L'auteur prouve que le sujet est bien plus vaste qu'on ne pourrait le penser; aussi un article bibliographique d'un travail qui occupe plus de 300 pages, doit-il nécessairement se borner à exposer la division et le plan général du sujet. L'auteur groupe, autant que la clinique le permet, les principales variétés de troubles du langage. Pour ce qui concerne le langage parlé ou écrit, on peut diviser les troubles en trois grandes classes. Dans la première, ils résultent de désordres intellectuels qu'ils ne font que traduire au dehors; la fonction langage (langage intérieur) reste très souvent intacte, ou bien si elle vient à être atteinte, ses troubles sont intimement liés à ceux des autres opérations intellectuelles; la description de ces troubles est suivie de celles qui intéressent principalement la fonction langage. Dans la deuxième, il classe les troubles de la parole articulée, ou de l'écriture, et dans la troisième, l'auteur décrit les troubles du langage mimique. On rencontre dans ce chapitre l'étude des dyslogies, des dysphasies organiques et fonctionnelles, y comprises les diverses hallucinations, les dyslalies, etc.

Nos lecteurs savent, de longue date, que le Dr Séglas ne se borne jamais à une œuvre personnelle et qu'il nous fait voir dans chacun de ses travaux les principaux auteurs qui ont écrit sur la matière. La valeur de ses produits littéraires n'en est que d'autant plus grande. Aussi rencontrons-nous, dans le présent travail les noms de Snell, Brosius, Spielmann, Conradi, Kussmaul, Aloïsi Alfredo, von Krafft-Ebing, Bezold, Solbrig, Kahlbaum, Neisser, Klinke, Schlager, Tanzi, Bateman, Romberg, Pick, et tous les auteurs français qui ont traité cette question. Dix-sept figures sont intercalées dans le

texte et rehaussent considérablement l'œuvre de Séglas qui ne tardera pas à figurer dans toutes les bibliothèques. J. M.

Zwölf Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane, für Aerzte und Studirende, von LUDWIG EDINGER, 3^e Auflage (Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1892).

En 1885 parut la première édition de cet ouvrage. Le D^r Siraud en publia en 1889 une traduction française. La même année, une deuxième édition, notablement refondue fut éditée et aujourd'hui, en même temps qu'une traduction anglaise, nous nous trouvons devant une troisième édition. L'édition actuelle se trouve de nouveau considérablement améliorée et mise au courant des dernières découvertes. Il suffit de comparer le travail de l'auteur en 1889 avec son œuvre actuelle pour juger des progrès incessants que fait l'histologie cérébrale. Il en est résulté la nécessité d'y intercaler quinze figures nouvelles et la modification de cinq autres.

Parmi les nouvelles figures nous rencontrons essentiellement les cellules de la corne antérieure de la moelle épinière, la cellule ganglionnaire de la corne antérieure du fœtus d'un chien, la neuroglie aux limites de la substance blanche et de la substance grise, un schéma représentant la manière d'être de la cellule ganglionnaire et du nerf dans une partie de la voie de l'innervation motrice, une coupe de l'écorce cérébrale chez un mammifère, une coupe à travers la muqueuse olfactive, l'ethmoïde et le bulbe olfactif, un schéma des fibres propres de l'écorcé, une coupe à travers la base du cerveau et l'hypophyse chez un embryon humain de quatre mois, une section à travers le corps genouillé latéral du chat indiquant la pénétration et la distribution des fibres optiques, une section frontale du lobe occipital pour démontrer la position des fibres optiques, une coupe sagittale à travers l'écorce cérébelleuse préparée d'après la méthode de Golgi-Cajul, des coupes de la moelle épinière à la partie cervicale inférieure et au renflement lombaire, une section longitudinale à travers le cordon latéral d'un chien nouveau-né, etc.

On peut juger par ces quelques exemples combien nombreuses doivent être les modifications et additions apportées à ce livre qui constitue le seul *vade-mecum* pour celui qui désire approfondir la texture des organes nerveux centraux. Nul histologiste ne l'ignore; Les dessins qui ornent ce travail sont les plus nets de tous ceux connus sur la matière. L'œuvre magistrale du D^r Edinger se termine par quelques observations relatives aux méthodes les plus usuelles pour l'étude du cerveau et de la moelle.

J. M.

De l'élimination des phosphates dans les maladies du système nerveux et de l'inversion de leur formule dans l'hystérie, par le Dr A. VOULGRE (Paris, J. B. Baillière et fils, 1892).

Constamment, depuis quelques années, l'étude des maladies du système nerveux progresse. Ce genre de maladies, abandonné autrefois, est devenu l'objet des vives préoccupations des pathologistes. On en enregistre tous les actes de la vie journalière et chaque jour amène des résultats nouveaux. Les hygiénistes d'ailleurs nous ont montré l'exemple à suivre depuis nombre d'années. L'étude de l'alimentation donnait des résultats si différents qu'on fut obligé bientôt de faire intervenir l'étude du tempérament, l'étude des mouvements, des émotions, etc.

Le Dr Voulgre, inspirée des idées de son Maître, M. Teissier, a successivement étudié l'origine des phosphates de l'urine, leur rôle dans l'économie, les conditions physiologiques de leur élimination avec le détail de quelques expériences qui lui sont personnelles pour aborder ensuite l'étude des modifications que cette élimination subit dans les maladies nerveuses et spécialement dans les névroses. L'auteur termine son travail par la description du procédé dont il s'est servi pour le dosage des phosphates et des conclusions auxquelles il est parvenu. Les résultats obtenus sont très instructifs et nous exprimons ici le désir que l'auteur poursuive avec un même succès ses travaux sur la chimie biologique et pathologiques dans les névropathies.

J. M.

VARIÉTÉS.

NÉCROLOGIE.

Théodore Meynert.

Th. Meynert, professeur de psychiatrie à l'Université de Vienne, est décédé en cette ville le 31 mai dernier.

La science médicale perd en lui le fondateur de l'anatomie moderne du cerveau et la psychiatrie un des plus grands génies qu'elle ait jamais comptés.

C'est par le concours de ses travaux anatomiques que la physiologie cérébrale prit un essor nouveau; c'est par son esprit génial que la clinique des maladies mentales prit une direction toute nouvelle.

Pendant environ trente ans Meynert occupa la chaire des maladies mentales à l'Université de Vienne. Il est impossible de décrire le succès que rapporta son enseignement sans en avoir été un témoin oculaire et nous nous rappelons avec bonheur la période florissante où le célèbre professeur réunit autour de lui non seulement la jeunesse médicale de son Université mais encore des médecins aliénistes, mûris par l'âge et venant de tous les pays du monde entier pour se perfectionner par la parole du grand maître.

Le nombre des travaux qu'il a publiés est immense. Meynert fut le fondateur du *Jahrbuch für Psychiatrie* qui jouit d'un si légitime succès.

La Société de Médecine mentale eut le bonheur de le compter parmi ses membres honoraires.

Valdemar Steenberg.

La Société de Médecine mentale vient de perdre un de ses autres membres honoraires, le D^r Vald. Steenberg, médecin en chef du Grand asile d'aliénés à Roeskilde, près de Copenhague. Le regretté collègue était intimement connu de beaucoup de médecins aliénistes belges.

Il fut un des premiers à étudier sérieusement, et déjà depuis 1860, la syphilis cérébrale et à décrire notamment les altérations vasculaires dans cette maladie. Il fut encore le premier à signaler l'origine syphilitique de la paralysie générale progressive. C'est à Steenberg que le Danemark doit le perfectionnement de ses asiles d'aliénés.

J. M.

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE.

N° 66. — Septembre 1892.

Société de Médecine mentale de Belgique.

Procès-verbal

de la séance ordinaire tenue au Palais de l'Université à
Bruxelles, le samedi 30 juillet 1892

Sous la présidence du Dr DERODE, Vice-Président. — Dr JUL. MOREL,
Secrétaire.

Sont présents : MM. Boddaert, Derode, D'Heygere, Lentz, Morel, Peeters et Vermeulen.

MM. De Boeck, De Craene, Francotte, Lefebvre et Masius s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Avant de procéder à l'ordre du jour, M. Morel déclare qu'il s'est rendu à York pour assister à la célébration du centenaire de l'ouverture du premier établissement d'asile d'aliénés en Angleterre. Par une erreur certainement involontaire puisque plusieurs de nos membres avaient reçu une invitation personnelle pour prendre part à cette fête, la Société de Médecine mentale n'avait pas reçu d'invitation pour s'y faire représenter. M. le président de l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande en a exprimé ses regrets. Plusieurs Sociétés psychiatriques s'étaient fait représenter à la solennité ou avaient adressé des lettres de félicitations au Bureau du corps savant de la Grande-Bretagne. M. Morel

s'est fait l'organe de la Société de Médecine mentale de Belgique pour dire quelques paroles de félicitations et de haute sympathie à l'adresse de ceux qui ont su maintenir et faire prospérer le " York Retreat " qui peut être considéré comme un des plus beaux asiles de l'Europe. (*Approbation.*)

CORRESPONDANCE.

1° Une lettre de M. le Dr Chaslin, de Paris, pour remercier la Société de l'avoir associé à ses travaux.

2° Une lettre de M. le Dr Slosse, présentant également ses remerciements à l'occasion de sa nomination comme membre honoraire.

3° Une lettre de M. le Dr Semelaigne, René, sollicitant son admission comme membre associé de notre Société.

TRAVAUX IMPRIMÉS.

La Société a reçu les travaux suivants :

1° De la part de M. le Dr V. Desguin :

A) *Rapport général sur les travaux de l'Académie royale de médecine de Belgique, lu à la séance solennelle de célébration du cinquantième de ce corps savant.*

B) *Réflexions à propos du traitement de la tuberculose.*

C) *Sur la puissance prophylactique de la vaccination.*

D) *La tuberculose. — Hygiène et prophylaxie.*

E) *Rapport adressé au Conseil communal d'Anvers à propos du Congrès international d'hygiène à Londres.*

2° De M. le prof. Ladame, de Genève :

A) *Quelques mots sur l'évolution de la thérapeutique pendant les trente dernières années.*

B) *L'attaque d'hystérie d'aphasie et de simulation.*

Ce dernier travail est soumis à l'examen de M. Derode.

3° De la part du Dr Morton, de Philadelphie :

Deux rapports, pour 1890 et 1891, du " Wils eye Hospital. "

4° De la part du D^r Dagonet, fils, de l'asile S^{te}-Anne à Paris :

Tumeur de la dure-mère crânienne ayant les caractères du cylindrôme. — Ce travail sera soumis à l'examen de M. le D^r De Boeck.

5° De la part du D^r Moll, d'Utrecht :

Verslag omtrent het geneeskundig gesticht voor krankzinnigen te Utrecht, over het jaar 1891.

6° De la part du D^r van Persijn, de Meerenberg :

Verslag omtrent het geneeskundig gesticht voor krankzinnigen te Meerenberg, over het jaar 1892. — M. le D^r Peeters est chargé de l'analyse de ces deux derniers travaux.

7° De la part du D^r Buffet, d'Andernach a/Rh. :

Die öffentliche Irrenfürsorge im Regierungsbezirk Coblenz.

8° De la part du D^r De Boeck :

Un cas de myxœdème avec troubles psychiques traités par les injections du suc thyroïdien.

M. Morel se charge de l'examen de ces deux travaux.

9° De la part du D^r Soury, de Paris :

Analyse de l'ouvrage du D^r Rainaldi Rinaldo : *Le Localizzazioni cerebrali studiate in un caso d'hypnotisme.*

10° De la part du D^r Coni, de Buenos-Ayres :

A) *Revista de la Sociedad médica Argentina*, volume I, n^{os} 1, 2, 3.

B) *Anales de higiene publica y medicina legal*, año I, n^{os} 1, 2, 3.

11° De la part du D^r René Semelaigne, de Neuilly :

A) *Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médecine mentale.*

B) *De la législation sur les aliénés dans les Iles Britanniques.*

C) *Le restraint et le non-restraint en Angleterre.*

12° De la part du D^r Koch, directeur de l'asile de l'État à Zwiefalten :

Die psychopathischen Minderwertigkeiten (1^e und 2^e Abteilung). — Renvoyé à l'examen de M. le D^r Derode.

13° De la part du D^r Giraud, médecin-directeur de l'asile d'aliénées de Saint-Yon :

Rapport médical sur l'asile d'aliénées de Saint-Yon, pendant l'année 1891. — M. Morel est chargé de l'examen de ce travail.

La Société vote des remerciements aux donateurs de ces différents travaux.

ANALYSES D'OUVRAGES.

M. le D^r Derode donne lecture de l'analyse du travail du prof. Benedikt : *Offener Brief an Herrn Geheimrath Professor Waldeyer.* — Cette analyse sera publiée dans le prochain bulletin.

L'analyse des autres travaux dont M. le prof. Benedikt a fait hommage à la Société, n'a pu se faire soit en raison de leur nature, soit en raison de leur concision.

VOTE SUR LA CANDIDATURE DE M. DEPERON, MÉDECIN-INSPECTEUR DE LA COLONIE DE LIERNEUX.

M. Deperon est proclamé membre titulaire à l'unanimité des voix.

RAPPORT SUR LA CANDIDATURE DE M. LE D^r SEMELAIGNE.

M. Morel fait observer que M. le D^r Semelaigne, René, ancien interne des hôpitaux et de la Salpêtrière à Paris, a présenté à l'appui de sa candidature, comme membre associé, les trois travaux dont il a été fait mention il y a un instant. Le premier de ses travaux : *Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médecine mentale*, est une œuvre très méritoire que l'auteur a choisi pour sujet d'une thèse inaugurale. Arrière-petit-neveu de Pinel et fils d'un médecin-aliéniste dont le nom est très favorablement connu dans la médecine mentale, le D^r René Semelaigne a pu faire un travail très intéressant, relatant en dehors de la biographie de l'illustre libérateur des aliénés, le tableau de la science mentale au

cours du siècle jusqu'au jour où il vint la réformer et l'exposé de cette réforme et de la réalisation de l'œuvre du premier médecin-aliéniste de la Salpêtrière. Le D^r Morel termine son rapport en déclarant que le D^r René Semelaigne est actuellement secrétaire-adjoint de la Société médico-psychologique de Paris; il propose, si d'autres membres appuient la candidature, d'accueillir favorablement la demande. Le candidat est également docteur en droit et dirige en ce moment avec son père la Maison de santé à Neuilly, près de Paris. (*Assentiment unanime.*)

NOMINATION DES DÉLÉGUÉS AU PROCHAIN CONGRÈS
D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE.

MM. Cuylits, Lentz et Vermeulen sont désignés à l'unanimité, pour représenter la Société de Médecine mentale à ces prochaines assises scientifiques.

DISCUSSION

Sur « La responsabilité morale et pénale devant l'expertise médicale. »

Plusieurs membres y prennent part, mais la Société décide, en raison de l'absence du rapporteur, de reprendre la discussion à la prochaine séance.

L'assemblée fixe sa prochaine séance au 29 octobre prochain.

Le Secrétaire,
D^r JUL. MOREL.

Le Président f. f.,
D^r DERODE.

DE

LA NATURE DE L'HYSTÉRIE⁽¹⁾

PAR

Le D^r COUSOT, membre titulaire.

Dans la longue liste des symptômes de l'hystérie, aucun ne constitue un élément essentiel. Chez un individu, hystérique en puissance, le mal peut se révéler par un signe quelconque. De là des hésitations possibles et des doutes naturels, de là aussi le besoin, pour assurer le diagnostic, de chercher des points de repère constants, des stigmates permanents. Dans cette systématisation du tableau de la névrose, il y a pratiquement une grande utilité, lorsque, par exemple dans une affaire judiciaire, on doit appuyer son affirmation, de preuves irrécusables. Mais on doit se garder des méprises en considérant ces utiles jalons comme des symptômes nécessaires. Que de fois il arrive au médecin de ne point trouver ces stigmates permanents chez des malades qui présentent des attaques complètes ou larvées ou qui souffrent d'un symptôme isolé, tel que un hoquet ! Sans partager l'opinion de ceux qui taxent de création artificielle, la description actuelle de l'hystérie normale — comme l'on dit aujourd'hui — je crois volontiers que, dans certains milieux, le type se régularise dans un moule plus ou moins uniforme, à cause même de l'étrange suggestibilité des malades qui défie les précautions minutieuses de l'observateur le plus sagace. On voit ainsi apparaître, à

(1) Suite. Voir *Bullet. de la Soc. de Médéc. ment.*, n° 64, p. 17.

une seconde épreuve, des signes qui n'existaient point au premier examen.

Quoi qu'il en soit, il reste donc bien vrai qu'un symptôme isolé — une monoplégie, une contracture, etc. — indique l'hystérie aussi bien que les stigmates permanents. L'hystérie monosymptomatique est une forme fréquente de la maladie, surtout dans l'enfance. « Chez M^{lle} X..., de G., jeune fille de 18 ans, je cherche en vain, par le plus minutieux examen, des anesthésies, un rétrécissement du champ visuel, etc. Chez cette malade il n'existe qu'une contracture des muscles du côté gauche du cou, contracture qui tourne la tête en arrière et l'incline sur l'épaule. Il y a un an que dure cette infirmité. Sur les muscles malades, on fait le simulacre d'applications électriques et, à chaque séance, la tête reprend sa position normale. Après huit jours, la guérison est complète. » Voilà un exemple parmi beaucoup d'autres d'une hystérie monosymptomatique. Dans de tels cas l'intuition du clinicien, le diagnostic par exclusion, l'étude des antécédents, du début du mal, des tares héréditaires, etc., fournissent les bases d'un diagnostic très souvent vérifié par les faits. Et lorsque le signe morbide s'évanouit soudainement, on peut dire que la guérison juge le mal comme la guérison d'accidents syphilitiques par le mercure, confirme des diagnostics hésitants. L'altération particulière du système nerveux qui forme le fonds de l'hystérie, cet équilibre spécial des pouvoirs d'innervation ou d'inhibition, retentissent sur toutes les fonctions et s'extériorisent par des signes variables dont aucun n'est essentiel, pathognomonique. Et il faut même n'exclure que, avec la plus grande prudence, des symptômes du tableau de la névrose. Ainsi Charcot, notre maître à tous en cette matière, enseignait que la paralysie faciale n'apparaissait point dans l'hystérie, et il attribuait à des contractures, les déviations de la bouche. Aujourd'hui de nombreux exemples de paralysie faciale hystérique prouvent qu'il y avait là une erreur.

Par l'hypnotisme, on a pu créer des hystéries momentanées, reproduire les traits de la névrose et, je ne m'aventure point,

en disant que ces expériences ont jeté des rayons de puissante lumière pour une juste conception de l'hystérie. De même l'étude attentive de certains signes de la névrose permettent de pénétrer divers problèmes de la psychologie. Je fais allusion aux études relatives aux anesthésies hystériques. Pour P. Janet ⁽¹⁾ et A. Binet ⁽²⁾, l'anesthésie est une maladie de la personnalité. Il faut lire ces intéressantes études, on y trouvera des rapprochements instructifs, des comparaisons intéressantes entre les dédoublements si connus de la personnalité, les anesthésies hystériques, les états somnambuliques, etc. Quelques faits empruntés à la vie ordinaire, feront mieux saisir l'hypothèse. Lorsque nous posons une action, si une pensée s'empare fortement de notre cerveau et attire toutes les puissances de notre activité, l'action se continue sans que nous en ayons conscience. Pendant la distraction, c'est-à-dire pendant la concentration de nos énergies cérébrales sur un objet exclusif, il se passe, à nos côtés, des événements qui peuvent s'enregistrer dans nos centres nerveux sans que nous nous en apercevions. Soudainement émus, nos mains laissent échapper un objet que nous examinons. Un état analogue du cerveau constitue l'anesthésie hystérique. Les sensations sont encore transmises au cerveau et y produisent même des réflexes nutritifs, sécrétoires, etc., mais elles restent en dehors du domaine, sous le seuil de conscience. Telle est, dans toute sa simplicité, la théorie psychologique de l'anesthésie hystérique.

L'étude des zones hystérogènes et des hyperalgésies hystériques a ouvert des horizons nouveaux et laissé entrevoir une interprétation de faits, de syndrômes extraordinaires souvent cités. Qu'y a-t-il, par exemple, de plus naturel pour une malade dont l'œil est hyperesthésié à l'extrême, de rechercher l'obscurité? On se rit volontiers, dans le monde profane, de

(1) In *Archives de Neurologie*. Leçon par P. Janet. Mai 1892.

(2) A. BINET, *Les altérations de la personnalité* (*Bibliothèque scient. internat.*).

ces malheureuses et on les traite injustement de malades imaginaires. Je connais une hystérique qui vit dans un appartement dont les volets sont fermés depuis longtemps. Tout son entourage est incrédule.... sauf le médecin, heureusement pour la patiente. L'hyperesthésie de l'estomac explique aussi les anorexies si tenaces, les vomissements si invétérés.

Parfois les céphalalgies hystériques prennent une telle intensité et s'accompagnent de vomissements, voire même de fièvre au point d'en imposer pour une méningite. Ou bien l'on voit des douleurs abdominales avec vomissements, ballonnement, constipation et l'on se trouve en face d'une pseudo-péritonite. « L'an passé on m'appellait pour voir une ancienne malade hystérique. Depuis un mois, disait-on, elle n'avait plus eu d'exonération intestinale; depuis une semaine elle avait des vomissements fécaloïdes, un ballonnement extrême du ventre. L'œil le plus exercé aurait pu s'y laisser prendre. Mais je connaissais le sujet et il ne me fut pas malaisé de retrouver et une hémianesthésie et un rétrécissement concentrique du champ visuel. Tout cet ensemble symptomatique, je l'avais vu, chez elle, plusieurs fois. C'était bel et bien une pseudo-péritonite chez une hystérique. »

Les pseudo-angines de poitrine, elles aussi, ne sont que l'exagération de symptômes observés dans la névrose, combinés au point de faire hésiter le médecin le plus judicieux. C'est encore les hyperalgésies des tissus profonds, des os et des articulations qui créent les arthralgies et les coxalgies hystériques.

Bien intéressante serait l'étude de tous ces cas d'hystérie viscérale. J'ai rencontré une hystérique qui a présenté successivement tous les troubles les plus étranges anorexie, vomissements sanguinolents, anurie, etc. Il y a quelque temps, pendant un mois, elle respirait 80 fois par minute. Le sommeil interrompait cette dyspnée. Charcot cite, dans ses leçons du mardi, un fait analogue.

Les troubles du mouvement que l'on rencontre le plus fréquemment dans l'hystérie sont les paralysies, les contractions et le tremblement. Ce phénomène a particulièrement

attiré l'attention dans ces dernières années. Ce n'est point ici le lieu d'en faire la description. Or l'étude de l'état des muscles chez l'hystérique, donne la clef de ces troubles moteurs. Les muscles sont dans un état particulier d'amyosthénie, c'est-à-dire, de faiblesse que peut déceler le dynamomètre. Le terrain est donc préparé pour les diverses monoplégies, paraplégies, hémiplegies. Par suite de l'innervation défectueuse qu'il reçoit des centres, le muscle est en imminence de paralysie. Qu'un traumatisme, une émotion, une hallucination surviennent et on voit se réaliser, s'achever une paralysie qui existait déjà à l'état latent.

La diathèse de contracture est à l'amyosthénie ce que l'hyperesthésie est à l'anesthésie. Les travaux de l'École de la Salpêtrière ont décrit, comme un stigmate de l'hystérie, cette tendance à la contracture, cette contracture en puissance. C'est là la preuve d'une hyperexcitabilité du faisceau pyramidal et de ses centres; la contracture et les tremblements en sont les conséquences logiques. Et nous ajouterons pour expliquer une série d'autres symptômes ces paroles de Gilles de la Tourette : « La pathologie de l'hystérie nous offre de trop nombreux exemples de spasmes de l'œsophage et du sphincter vésical — en ne citant que ceux-là — pour ne pas voir encore dans ces phénomènes, une manifestation de la diathèse de contracture. »

De ce que l'hystérie est une affection purement fonctionnelle, on en inférait qu'elle ne pouvait avoir de retentissement sérieux sur les phénomènes trophiques. Mais pourquoi les inversions nerveuses qui amènent des phénomènes d'ordre psychique, sensitif, moteur, n'auraient-elles pas leurs pendants dans les centres qui président aux processus trophiques?

Dès 1886 Babinski décrivait des atrophies musculaires chez l'hystérique. Ces faits sont devenus fréquents et nombre d'observateurs en ont rapporté des exemples. Pour ma part j'ai vu une atrophie considérable des muscles de la jambe dans le domaine des deux nerfs poplités avec arthralgie hystérique de l'articulation du pied sur la jambe. Rien ne manquait pour

prouver l'hystérie et le chloroforme avait prouvé l'absence absolue de lésion articulaire. Il n'y avait d'ailleurs pas de réaction de dégénérescence. Une paralysie atrophique hystérique c'était bien le diagnostic unique acceptable.

Ces atrophies accompagnent les contractures et les paralysies ; mais il est certain qu'elles peuvent être primitives. Au surplus, elles siègent de préférence sur le côté le plus atteint par l'anesthésie. Et ces atrophies peuvent se manifester avec secousses fibrillaires et réaction de dégénérescence (Vigouroux).

Je ne parle point d'autres troubles trophiques, œdème, ecchymoses, etc.

La nutrition du muscle est le résultat des appels réflexes transmis aux centres trophiques par l'état de tonicité, de contraction du muscle, par la pression des surfaces articulaires, par les sensations recueillies pendant les mouvements ; ainsi dans les arthrites on voit survenir des atrophies réflexes presque fatales. Si la tonicité du muscle est altérée par l'amyosthénie ou si les articulations sont le siège d'anesthésies profondes ou d'hyperalgésies, ne voit-on point que tous les jeux réflexes sont troublés et qu'il doit s'en suivre des altérations trophiques de la fibre contractile ?

On n'était pas éloigné non plus d'admettre que les lois de la nutrition devaient, chez l'hystérique, subir des modifications. Comment donc admettre que ces malades supportent sans altération notable de la santé de si longues souffrances, supportent des crises terribles, etc. A ces questions, Gilles de la Tourette et Chatelineau ont répondu par des expériences et des analyses. Sur dix sujets hystériques, ils ont étudié les *excreta* et n'ont rien trouvé d'anormal. Chez l'hystérique également — à moins qu'elle n'entre dans le domaine pathologique — ils ont trouvé que la quantité d'hémoglobine et d'urée dans le sang conservaient leurs proportions habituelles, physiologiques. Pour être hystérique quels que soient les préjugés, on n'échappe point aux lois de la vie et de la physiologie.

Nous citons tantôt ces troubles sensitifs, ces hyperesthésies qui donnaient naissance à des syndrômes simulateurs d'affec-

tions du cœur, du péritoine, des méninges; l'affection hystérique ressemble parfois à s'y méprendre à certaines maladies organiques du système nerveux. Il n'y a rien là qui nous doive beaucoup surprendre; ce sont d'abord des affections d'un même appareil produisant conséquemment des symptômes du même genre, ce sont des affections appartenant à la même famille : la famille névropathique. On a vu ainsi la névrose simuler la sclérose en plaques. Parmi les pseudo-scléroses, dont on a tant discuté, probablement même beaucoup se rattachent à l'hystérie. Et c'est le lieu de rappeler une remarque que j'ai faite dans un autre travail, que ce sont les deux affections qui s'accolent le plus souvent sur le même sujet. Le tabes, les amyotrophies, la syringomyélie, sont parfois reproduits dans leur traits essentiels par la névrose. Et c'est surtout, pour les paraplégies qu'il sera parfois difficile de trancher l'origine organique ou hystérique. Il faut lire au sujet de ces syndrômes simulateurs les articles intéressants de Souques, écrits sous l'inspiration du chef de l'École française.

Ces réflexions sur la symptomatologie de l'hystérie nous enseignent que, sous les divers aspects dont elle se revêt, la névrose reste toujours simple et identique, que la diversité des caractères tient précisément à ce que les troubles dont elle dépend, peuvent siéger dans toutes les parties des centres nerveux. Et quelles lésions permanentes pourraient expliquer tous ces phénomènes? Combien étendues et combien nombreuses devraient-elle y être? N'est-ce point là une preuve, que les altérations des cellules nerveuses qui forment l'essence de l'hystérie sont souvent fugaces, toujours peu profondes. Et si les crises hystériques, si les divers signes hystériques n'amènent que rarement une détérioration organique, pouvons-nous croire à un processus intracellulaire irrémédiable? L'hystérie est donc bien une affection fonctionnelle (en ce sens que l'altération cellulaire est passagère) du système nerveux.

Et en basant l'interprétation de la névrose sur les lois de la physiologie et sur les mécanismes psychologiques, n'est-on pas dans la voie de vérité bien plus qu'en représentant l'hystérique comme un artiste dans la simulation et le mensonge.

ANALYSES D'OUVRAGES.

OFFENER BRIEF AN HERRN GEHEIMRATH PROFESSOR WALDEYER,
von Professor MORIZ BENEDIKT, in Wien.

Analyse par le Docteur DERODE, membre titulaire.

On sait que Benedikt affecte vis-à-vis de la neurologie académique ou officielle certains airs frondeurs, et qu'il apporte dans ce rôle d'opposition une ironie parfois très fine. La lettre qu'il adresse à Waldeyer pour le remercier de lui avoir envoyé sa conférence sur « quelques nouvelles découvertes dans le domaine de l'anatomie du système nerveux central » ne laisse pas que d'être sous ce rapport assez piquante.

Il fut un temps, dit-il, où les découvertes des anatomistes pouvaient être acceptées comme faits avérés et pouvaient être utilisées comme tels par la physiologie. Ce temps-là n'est plus depuis que les anatomistes ne se préoccupent que de rechercher les plus minutieux détails de la texture des organes et depuis que chaque anatomiste a sa méthode propre de durcissement et de coloration. Aujourd'hui il ne faut plus confondre les enseignements des anatomistes et les leçons de l'anatomie. C'est pour avoir accepté trop légèrement les assertions des anatomistes que la neurologie actuelle représente un assemblage de monuments bâtis les uns sur le sable, les autres sur des fondements sans consistance.

Ce qui vaut à Waldeyer, cette boutade d'ailleurs bien enguirlandée d'éloges, c'est un passage de son travail, où parlant du rôle des différentes parties du cerveau, il attribue aux pyramides la fonction de conduire les impulsions des mouvements volontaires des centres corticaux à la moelle.

Vous admettez, dit Benedikt, avec Kölliker que les prolongements nerveux des grandes cellules pyramidales de l'écorce cérébrale se continuent dans les faisceaux pyramidaux, et vont par leurs terminaisons influencer les grandes cellules des cornes antérieures, et que ces fibres constituent la voie de transmission des mouvements volontaires des hémisphères jusqu'à la moelle. Ce sont là deux assertions

que je veux examiner avec d'autant plus d'attention qu'elles sont en concordance avec la manière de voir généralement admise.

Et tout d'abord il faut se demander si l'écorce cérébrale contient en aucune façon des centres moteurs, c'est-à-dire si les représentations des mouvements volontaires et les impulsions psychiques motrices ont bien leur origine première dans l'écorce.

La physiologie comparée a démontré que les prétendus centres psycho-moteurs de l'écorce n'ont rien de commun avec les mouvements volontaires. Goltz a prouvé que les paralysies qui succèdent à l'extirpation de ces centres ne sont que des effets du choc opératoire, et disparaissent si l'animal y survit.

D'autre part l'excitation de ces centres n'a jamais provoqué que des convulsions, et les convulsions ne peuvent en aucune façon être assimilées à des mouvements volontaires ou à une exagération de ceux-ci. Ni les faits cliniques, ni les résultats des autopsies ne confirment, quoi qu'on en ait pu penser, l'existence des centres des mouvements volontaires dans la substance grise corticale.

Au contraire dès l'année 1864, j'ai démontré avec Ladame, que les lésions exclusivement corticales, n'ont jamais provoqué de paralysies permanentes, mais toujours des convulsions; que les paralysies coexistent toujours avec des altérations des parties profondes du cerveau et que ces paralysies ne s'accompagnent de convulsions, que si des lésions corticales existent en même temps.

La convulsion est l'expression symptomatique de la lésion corticale; la paralysie est l'effet constant des lésions de la capsule interne.

Il en résulte que les représentations et les incitations motrices qui se font jour dans les cellules corticales, doivent avant de se traduire en mouvement, aboutir à des centres moteurs sous-corticaux, et que si les pyramides étaient des conducteurs des mouvements volontaires, elles ne pourraient pas partir des cellules corticales. Que l'observation directe n'a pas prouvé d'ailleurs cette origine des pyramides dans les cellules corticales, c'est là un fait anatomique que je n'ai pas besoin de vous faire remarquer et sur lequel je n'ai pas besoin d'insister.

L'origine de l'erreur s'explique aisément. On savait depuis longtemps que l'innervation des parties périphériques part de l'hémisphère opposée, et on croyait qu'il n'existait pas d'autre point de croisement que dans les pyramides. On découvrit cependant plus tard que les fibres des racines antérieures subissent un croisement beaucoup plus bas, dans la commissure grise, et Deiter démontra que la plus grande partie des fibres des cordons antérieurs n'avaient rien à faire avec les pyramides. On mit alors hors de cause la masse des cordons antérieurs et c'est aux faisceaux pyramidaux qu'on

attribua la conduction des mouvements volontaires. Il eut été plus logique d'admettre le croisement dans la commissure, et de rechercher pour les pyramides et les faisceaux pyramidaux une autre fonction.

Quand Schiff démontra que l'on pouvait diviser les pyramides à la base du cerveau sans provoquer de paralysies, on ne tint aucun compte de l'objection et on fit semblant de l'ignorer.

On a cru trouver un argument en faveur de la doctrine dans ce fait que chez beaucoup d'hémiplégiques il se produit une dégénérescence des pyramides ; mais cette lésion, quand elle se produit, se manifeste par des symptômes propres et coïncide toujours avec des contractures. Celles-ci sont d'ailleurs en rapport avec les progrès de la dégénérescence. Elles se manifestent passivement, à l'occasion de tentatives de mouvements volontaires, et disparaissent, par exemple, pendant le sommeil.

Les observations cliniques et les faits pathologiques indiquent ainsi pour les pyramides un tout autre rôle que la conduction des mouvements volontaires. Elles servent seulement à l'innervation de fixation.

Il faut d'ailleurs faire ici une remarque générale : s'il est vrai qu'en interrompant la continuité d'un système d'éléments nerveux, on provoque la dégénérescence centripète et centrifuge du système, la réciproque de cette affirmation n'est point vraie ; il existe en effet des associations trophiques d'éléments très éloignés et dont les fonctions sont très différentes (névrite optique).

Les pyramides subissent la dégénérescence secondaire à la suite de lésions très diverses, et l'on n'est pas en droit de conclure pour cela qu'il existe une dépendance anatomique entre les éléments des pyramides et ceux de ces parties ; ce serait à l'observation directe à démontrer ces rapports.

On ne trouverait à citer en faveur du rôle de conduction des pyramides que des expériences de laboratoire, par exemple, celles de Worischolof. Mais ces expériences ont donné plus d'une fois des résultats fantastiques que l'on ne peut attribuer qu'à une technique tout à fait défectueuse. On a coupé des cordons médullaires sans qu'il en résultât un trouble fonctionnel et l'on en est arrivé à cette conclusion qu'à l'exception de leurs faisceaux pyramidaux médians, les cordons antérieurs n'ont plus aucune fonction dans la physiologie. La grossièreté des constatations expérimentales fait ressortir davantage la finesse des observations cliniques et l'énorme supériorité des dernières sur les premières.

La défectuosité des expériences provient encore en grande partie de ce qu'on ne se préoccupe pas suffisamment de l'anatomie compa-

rée du cerveau et de la moelle, et aussi de ce que les expérimentateurs ne se soucient pas de la psychologie comparée et des mécanismes divers du mouvement suivant les espèces animales. La transmission d'un résultat acquis dans une espèce à une autre espèce supérieure, sans preuve à l'appui, est une faute de méthode. C'est ainsi que si l'on démontre que chez des animaux inférieurs la section des pyramides provoque la paralysie de certaines parties des pattes, cette expérience ne démontre qu'une chose, c'est que l'action volontaire des muscles en question est liée à l'existence d'un appareil de coordination et la circonstance que l'expérimentateur n'a pas observé de troubles par la section des autres cordons prouve que sa méthode d'observation est absolument défectueuse.

Le mode de terminaison des fibres prétendument motrices des pyramides, notamment les rapports de leurs divisions terminales avec les cellules des racines nerveuses de la substance grise des cornes antérieures, est un fait anatomique nettement établi. Mais où ont-ils leur origine? L'anatomie ne l'a pas découvert et c'est par une double supposition physiologique, absolument gratuite, qu'on les fait partir des centres psycho-moteurs. Mais si les hypothèses sont fausses, le fait peut être vrai. Il y a lieu cependant d'en douter. Nous ne connaissons pas les fonctions des prétendus centres psycho-moteurs dans l'état normal; mais les altérations de toutes natures de ces centres provoquent des convulsions tandis que les altérations des pyramides provoquent des contractures. Il en résulte qu'il n'est pas probable que les pyramides tirent leur origine dans l'intérieur de ces centres.

Si d'après les faits cliniques les pyramides ne sont pas les conducteurs des mouvements volontaires, il faut placer la conduction de ces mouvements dans les faisceaux des cordons antérieurs qui s'entrecroisent dans sa commissure antérieure.

La voie des impulsions motrices vient donc des ganglions centraux à travers la commissure grise aboutir aux cornes antérieures. J'ai tout lieu de croire que les fibres de transmission vont directement des centres sous-corticaux jusqu'aux muscles sans être interrompus par de la substance grise. Quel rôle jouent dans tout cela les cellules nerveuses des racines dans les cornes antérieures?

Ce sont avant tout des organes que l'on peut comparer à ces roues qui dans une machine reçoivent plusieurs courroies de transmission chargées de faire mouvoir séparément ou simultanément différents moteurs.

On admet généralement que les fibres des racines antérieures qui sont, sans aucun doute, les organes conducteurs des mouvements volontaires proviennent toutes des cellules nerveuses de ces racines.

L'observation directe a prouvé dans ces derniers temps que les prolongements de ces cellules se transforment en fibres; mais il n'est pas du tout prouvé que toutes les fibres proviennent de cette origine et l'anatomie doit tout au moins admettre comme une chose possible qu'un certain nombre de fibres nerveuses des racines proviennent d'une autre origine.

L'observation clinique ne peut nous donner que peu de renseignements au sujet de la signification des cellules des racines. L'atrophie des cellules dans l'atrophie musculaire d'Aran et Duchenne tendrait à leur assigner une fonction trophique. L'observation des paralysies spinales infantiles tendrait à leur assigner des fonctions motrices. Mais ce sont là encore une fois des découvertes dues aux méthodes de durcissement et de coloration qui ont négligé les altérations plus générales des fibres et du tissu conjonctif décrites plus anciennement par Lochart Clarke et Rokitsansky, Stricker, etc. L'atrophie des cellules n'est qu'un détail dans la masse des lésions observées.

Il résulte de tout cela, dit l'auteur, qu'il faut se défier en faisant l'anatomie des centres nerveux des conjectures et des assertions qui ne reposent que sur l'opinion générale. Il faut se défier des enseignements des petites célébrités locales, des savants de second ordre très méritants quand ils s'occupent de leurs travaux de détail, mais très dangereux quand ils veulent parler au nom de la science. Pour se résumer il engage les anatomistes à prendre pour règle de conduite cette devise qu'il a mise en titre de son travail : *Ne ultra facta*.

REVUE DES JOURNAUX.

*Troisième Congrès d'anthropologie criminelle, tenu à Bruxelles
du 7 au 13 août 1892.*

Des principes fondamentaux de l'école d'anthropologie criminelle.

— M. DIMITRI DRILL, avocat à Moscou, dit que l'école d'anthropologie criminelle essaie d'analyser, de saisir la genèse de ces types si différents, et de rechercher les traits particuliers de l'organisation qui accompagnent les mauvaises qualités de l'esprit.

Un autre facteur important, c'est l'ensemble des conditions malheureuses et défavorables de son entourage qui agissent d'une façon défavorable sur l'être psychique : ce sont ces vues qui engagent le rapporteur à ne pas séparer ni la théorie sociale, ni la théorie organique, mais conduisent à penser qu'il faut une théorie sociale et organique du crime. Voici les principes fondamentaux de l'auteur :

1. La punition n'est nullement un acte de vengeance, elle n'a d'autre but que de protéger la société contre les conséquences du crime.

2. L'école d'anthropologie criminelle ne se contente pas d'étudier le fait criminel; elle étudie le criminel lui-même, analyse les causes qui ont amené le crime, et définit les mesures à prendre pour protéger la société.

3. L'école d'anthropologie criminelle voit dans le crime la résultante de deux facteurs : les particularités individuelles, qui sont le caractère même de l'individu, et les influences extérieures soit du climat, de la nature du pays, soit du milieu social.

4. Le criminel serait donc, à proprement parler, un inadapté, incapable de mener à bien la lutte dans les formes légales admises.

5. Les causes du crime sont rangées en causes immédiates, c'est-à-dire dépendant de l'organisation même; les causes dépendant des conditions de la vie; les causes prédisposantes qui poussent vers le crime les organisations mal proportionnées.

6. Elle étudie ainsi le criminel dans son origine, dans sa genèse et dans son développement complet; elle montre ainsi que ces phénomènes sont un résultat inévitable de l'activité réciproque des facteurs sociaux et individuels.

7. Il en résulte que l'anthropologie criminelle réprouve les peines mesurées d'avance avec leur durée et leur caractère spécial. Dans chaque cas spécial, il faut tenir compte des différents facteurs mentionnés avant d'édicter la peine. Celle-ci doit durer tant que durent les causes du crime et cesser dès que celles-ci ont disparu.

Existe-il un type de criminel anatomiquement déterminé? — Les D^{rs} HOUZÉ et WARNOTS, de Bruxelles, tout en reconnaissant que plusieurs auteurs ont rejeté d'une façon absolue l'existence d'un type criminel anatomique, ne reviennent sur cette question qu'à cause du peu de cas que Lombroso en a fait. L'œuvre du professeur de Turin ne repose pas exclusivement sur l'existence du type criminel; l'important de son œuvre, c'est d'avoir démontré l'importance des conditions physiques des criminels et d'avoir réclamé une réforme dans la répression des délits; les autres font, avec Maudsley, remonter le crime à la tyrannie de l'organisme. Le cerveau n'est point l'organe noble que l'on croit; il ne règne pas en maître, il ne peut qu'obéir aux ordres venus de toute la périphérie et auxquels il résiste plus ou moins énergiquement par une action d'arrêt.

Lombroso a créé son type, en prenant pêle-mêle une série de données anatomiques, pathologiques, physiologiques et tératologiques; sans s'inquiéter du milieu social, ni du milieu ethnique, d'où elles venaient, et de ces différents éléments, il a fait le criminel-né. Même dans ses détails, les auteurs se croient obligés de combattre son œuvre. Telle est, par exemple, l'asymétrie faciale qui dépend du rachitisme; telles sont aussi les anomalies des circonvolutions cérébrales plus fréquentes chez les délinquants, au dire du savant italien; mais a-t-il vu le type normal? Broca a été obligé de faire un schéma du type normal, n'ayant pu réussir à le rencontrer; telles sont aussi les malformations de l'oreille et la criminalité chez la femme. Les auteurs concluent de leur intéressant mémoire :

1° Le type anatomique désigné par M. le professeur Lombroso comme appartenant au criminel-né, est un produit hybride, composé en réunissant des caractères puisés à des sources différentes. Ce n'est donc pas un type réel. En admettant cependant que ce type se rencontre, encore est-il réalisé seulement dans la minorité des criminels; il doit donc être rejeté;

2° Pour constituer un type criminel, il faudrait choisir non seulement dans la même localité, mais encore dans une même classe sociale, un nombre égal de délinquants et de non-délinquants;

3° La division des individus en délinquants et en non-délinquants est arbitraire, car, comme le dit M. le professeur Brouardel, rien ne prouve qu'un individu sans casier judiciaire est un honnête homme;

4° Un certain nombre de criminels relèvent de la pathologie : ils présentent des stigmates nombreux de dégénérescence, mais ils ne constituent dans la famille des dégénérés aucune catégorie spéciale. Tel dégénéré est tuberculeux, tel autre est fou, celui-ci est idiot, celui-là est assassin ;

5° Les dégénérés sont les produits héréditairement dégradés de la race dont ils relèvent ; incapables de s'adapter à leur milieu, réfractaires à toute éducation par insuffisance organique ; ce sont des victimes de l'évolution (Féré). Certains dégénérés sont nuisibles, et la société doit prendre vis-à-vis d'eux des mesures de sécurité d'autant plus rigoureuses que la pénalité les trouve incorrigibles.

Les caractères physiques, intellectuels et moraux, reconnus chez le criminel-né sont d'origine pathologique. — Le Dr JELGERSMA, de Hollande, résume les opinions contraires sur la nature du criminel :

Le criminel est-il un malade, un aliéné, ou bien est-il un homme sain qui est tout bonnement méchant ? Pour lui, le criminel est un malade ; jamais, dans aucun cas, on n'a pu relever de différences entre le criminel-né et l'aliéné : le criminel-né est un fou moral ; la seule différence entre les deux, c'est que l'un a rencontré un juge sur son chemin, l'autre, un médecin ; les efforts qu'on a déployés pour rechercher s'il existe une différence absolue, une pierre de touche entre le criminel et l'homme sain n'ont pas abouti et n'aboutiront jamais. Le criminel-né est un malade, à quelque point de vue qu'on le considère.

Après la lecture des rapports précédents, la discussion s'engage.

M. JAKREWSKY, procureur général à Kharkoff, ne reconnaît pas l'école d'anthropologie criminelle. Si le mot vise l'école italienne, il est démodé ; criminel-né, avatisme criminel, tout cela est finie. Les thèses de Drill se rapprochent de celles de Lombroso. Aujourd'hui, on a renoncé à la loi du talion ; J. ne demande pas mieux que de pouvoir juger sur des données exactes. On ne peut se former à des hypothèses ; il s'agit d'améliorer le droit pénal mais non de le renverser.

M. MEYERS, substitut à Tongres, se dit classique-né. Toutefois il sait gré à l'école anthropologique d'avoir développé l'étude subjective du criminel, alors que jadis on s'attachait trop à l'étude objective du crime. Il reproche à l'école anthropologique de ruiner le principe du droit pénal et, tout en outrant la sévérité en théorie, d'affaiblir en pratique la répression.

M. l'abbé M. De Baets, de Gand, d'accord avec M. Meyers sur la loi morale et la nature du crime, ne saurait condamner le principe et le but scientifique de l'école anthropologique. Invoquant le caractère

encyclopédique de la science qui comprend toutes les sciences, il ne veut en isoler aucune, et tout en affirmant sa foi, il n'accepte aucune science qui ne parte de l'étude des faits. Il y a une vieille école juridique et une jeune école anthropologique déjà très forte. Il faut rechercher leurs points de contact. Si la première aura à retirer certains *a priori*, la seconde devra éviter des conclusions trop absolus.

M. GAUCKLER, professeur de droit à Caen, cherche également les points de conciliation entre l'école criminelle positive et l'école classique. Il dit que l'école anthropologique a sombré pour avoir abusé du point de vue individuel, en ne considérant qu'un côté du crime.

M. NYSSENS, professeur de droit à Louvain, déclare que l'anthropologie est devenue une science auxiliaire du droit pénal à la condition de fournir aux jurisconsultes des données exactes et précises.

M. Van Hamel admet les tentatives de conciliation entre les écoles différentes, à condition que celles-ci reconnaissent les mêmes bases d'examen qui sont les faits, puis l'admission des conclusions, sans idée préconçue. MM. Meyers et Jakresky ont d'autres tendances : ils se basent sur l'idée de justice, mais celle-ci n'est qu'une hypothèse, une concession variant avec le temps. La théorie de la justice doit plutôt être celle de la défense sociale ou, mieux encore, celle du développement pacifique de la société. Puis MM. Benedikt, Masoin et Garnier admettent les conclusions générales du rapport de MM. Houzé et Warnots, à savoir que le criminel-né, tel que Lombroso a voulu le faire, n'existe pas.

Origine morbide des caractères reconnus chez les criminels-nés, par le D^r CUYLITS, de Bruxelles. — Ce travail peut être considéré comme une réponse à celui du D^r Jelgersma qui affirme l'origine pathologique des caractères physiques et moraux du criminel-né. C. insiste sur l'influence du milieu qui lui paraît plus forte que celle de la dégénérescence physique. Le dégénéré criminel serait surtout une victime sociale qui devrait être séquestré dans un asile où l'on tenterait son amélioration.

Étude comparative des criminels et des honnêtes gens. — Le D^r MANOUVRIER a fait ressortir la différence qui existe entre une matière sociologique telle que le crime et une matière physiologique directement contiguë à l'anatomie et relevable de cette science. La loi pénale n'est point basée sur l'analyse psychologique des actes, mais sur leur utilité ou leur nocivité au point de vue social, et aussi sur la possibilité de réprimer les actes nuisibles, d'atteindre leurs

auteurs, etc., toutes choses étrangères à la physiologie et à l'anatomie. Le Code envisagera très diversement des actes accomplis sous l'influence de sentiments, de passions, de besoins physiologiques absolument semblables. En prenant pour base d'appréciation le Code pénal, on ne divise pas les citoyens d'un pays en catégories physiologiquement définies, mais bien en catégories socialement définies. Ces catégories, bien que socialement très différentes, pourront être composées d'éléments absolument analogues au point de vue physiologique. Quelle que soit la différence des actes aux points de vue moral et social, ces actes pourront avoir eu pour mobiles psychiques les mêmes qualités physiologiques mises seulement en jeu par des conditions extérieures différentes. Si l'on veut étudier séparément l'influence propre de ces qualités ou des variétés de conformation correspondantes et l'influence des conditions extérieures, il faudra établir nécessairement des groupes d'individus d'après chacune de ces deux sortes d'influences, *toutes choses étant égales d'ailleurs*. Si cette dernière condition n'est pas réalisée, au moins à peu près, et il ne paraît guère possible qu'elle le soit lorsqu'il s'agit d'hommes, alors on pataugera dans une sorte de marécage.

Or, ce n'est pas même la loi que l'on a prise comme critérium du crime, puisque l'on a rangé dans la catégorie des criminels presque exclusivement la portion la plus inférieure et la plus misérable de cette catégorie légale, l'autre portion échappant à la police. C'était s'enfoncer complètement dans le susdit marécage qui n'est heureusement pas sans issue, car les recherches biologiques entreprises sur les prisonniers comme sur les prostituées déchuës peuvent contribuer à la connaissance des *inférieurs* comme il s'en trouve partout. Quant au crime lui-même, sa genèse comporte nécessairement divers facteurs d'ordres très divers, parmi lesquels le facteur anatomique, évidemment constant comme pour tous les actes; il ne saurait avoir rien de spécifique en vertu de la base uniquement sociologique de la caractérisation du crime.

Pour étudier le crime dans ses rapports avec la conformation anatomique, il faut d'abord, par une analyse à la vérité fort difficile, ramener chaque crime à ses éléments vraiment physiologiques directement en rapport avec l'anatomie. Et ces éléments physiologiques une fois reconnus, on pourra les étudier partout où on les rencontrera. Qualités ou défauts, violence ou douceur, appétits, besoins, etc., seront étudiés aussi bien sur les honnêtes gens que sur les criminels. Si l'on veut, par exemple, rechercher les caractères anatomiques en rapport avec la violence, on s'adressera à des hommes quelconques, criminels ou non, présentant ce défaut qu'une analyse plus approfondie décomposerait sans doute en éléments plus simples parmi

lesquels certains seraient absolument avantageux. Ce caractère psychologique *violence* pourra se manifester par des actes criminels ou simplement blâmables, ou par des actes louables; mais la valeur des actes n'est pas une matière physiologique anatomiquement explicable; c'est une matière sociologique et morale. Si j'insiste tant sur cette distinction, c'est qu'elle est absolument fondamentale.

De la conformation anatomique dépendent les aptitudes physiologiques. Mais ces aptitudes, en dehors de certains actes réflexes, indispensables à la conservation de l'espèce et pour cela instinctifs, sont modifiables sous l'influence du milieu. Elles ne font que rendre possible et plus ou moins facile l'accomplissement des actes correspondants. Mais elles peuvent entrer dans le déterminisme des actes les plus variés et les plus différents, surtout s'il s'agit d'actes caractérisés, comme le crime, sociologiquement ou moralement. Les actes sont rendus possibles par la conformation, mais leur nature, très variable avec une même conformation, est commandée par le milieu extérieur. C'est ainsi que le milieu arrive à modifier les associations ou combinaisons d'aptitudes, les aptitudes élémentaires elles-mêmes et, corrélativement, la conformation anatomique.

C'est donc la doctrine transformiste, la doctrine même de Lamarck que j'applique à l'anthropologie criminelle, bien loin d'être hostile à cette doctrine. Les néophrénologues, partisans de l'innéité du crime, peuvent avoir adopté le transformisme en ce qui concerne la formation des espèces et des races, mais ils n'en ont pas bien compris toute sa portée. Leur théorie a pu leur paraître très avancée, mais on ne tardera pas à reconnaître que c'est une théorie retardataire.

Pluralité des types de criminels, par le Dr VAN DEVENTER, d'Amsterdam. — Il serait désirable, au point de vue psychologique, de voir disparaître l'expression « criminel-né » et de la remplacer par une autre équivalente à celle employé en neerlandais « minderwaardigheids-type » ou en allemand « Minderwerthigkeitstype » et qui représente un état d'infériorité psychique.

L'infériorité psychique représente la frontière entre le type normal et le type pathologique. L'homme normal répond normalement aux différents stimulants qu'il rencontre dans la lutte pour l'existence; le psychiquement inférieur réagit anormalement, excentriquement, tandis que l'aliéné présente une réaction pathologique.

L'infériorité psychique, acquise ou innée, dépend d'une altération cérébrale; la criminalité doit être attribuée à des causes externes, au milieu ambiant. Le premier état peut être considéré comme une cause prédisposante, le second comme une cause occasionnelle.

Le criminel d'habitude présente conséquemment un terrain de

prédisposition. Le facteur anthropologique chez celui qui présente une infériorité intellectuelle pourra n'être que minime et néanmoins conduire à la criminalité si le facteur social, le milieu, a la puissance voulue. La force de l'un des facteurs supplée à la moindre intensité de l'autre.

N'est criminel d'habitude que celui qui présente un fond de prédisposition.

L'infériorité intellectuelle est habituellement héréditaire, elle est toujours de nature dégénérative même lorsqu'elle est acquise.

Au point de vue anthropologique, il existe quatre types de criminels, dont l'état morbide est caractérisé par un trouble de la sensibilité générale. Ces types limitent d'un côté les divers tempéraments et de l'autre côté les psychoses de la sensibilité. Ils présentent la même marche progressive, une égale stabilité, une même prédominance du symptôme fondamental et conséquemment des physiologies caractéristiques.

Le criminel-né ne se distingue pas toujours du criminel d'occasion.

Le psychiquement taré au plus léger degré, et conséquemment le psychiquement inférieur peut, par des circonstances défavorables devenir un criminel par habitude.

Il dépendra du degré de la psychopathie et du milieu ambiant pour savoir si la société pourra garder l'individu. Dans la négative, où devra-t-il être placé? L'auteur croit que la question de la création de l'asile mixte est encore prématurée. Il voudrait interner ce genre d'individus dans un milieu à conditions favorables pour l'esprit et le cœur. Le bien social l'exige. — Il voudrait qu'une enquête se fasse sur tous les criminels, qu'ils soient en prison ou dans une maison de correction ou école de réforme afin de pouvoir, en opérer le classement et instituer un traitement approprié à leur état.

Le travail de l'auteur est accompagné de deux schémas, l'un représentant une sphère présentant au centre le type idéal au milieu l'étendue normale de la sphère du sentiment et à la périphérie les modifications psychiques successives, — l'autre mentionnant les déviations des sensations dans les limites psychologiques, en sens excentrique, les formes morbides et leurs caractères essentiels.

Méthode graphique de crâniométrie, par le D^r GANDENZI, de Turin. — L'auteur a présenté un nouvel appareil de crâniométrie et de crâniographie qui permettrait de reproduire le dessin du crâne avec une exactitude mathématique. Au point de vue de la simplicité et de la rapidité, il est supérieur au crâniographe de Broca.

L'obsession criminelle morbide. — Le D^r MAGNAN, de Paris, après avoir illustré son travail de nombreuses observations typiques,

déclare que l'obsession est une idée absorbante de toutes autres idées, un mode d'activité qui se produit aux dépens des autres manifestations de la matière cérébrale; elle procède directement de la physiologie parce qu'elle est le résultat d'un déséquilibre cérébral, et de la clinique, parce qu'elle produit dans l'organisme des troubles qui, par action réflexe, réagissent sur elle. A l'état normal, l'obsession est transitoire et facile à réprimer; elle n'entrave pas les autres fonctions cérébrales, elle laisse libres les centres supérieurs qui ne perdent ni leur contrôle, ni leur influence modératrice sur les centres psycho-moteurs; dans ce cas, elle n'arrive pas jusqu'à l'*impulsion*. A l'état morbide, au contraire, l'obsession s'accompagne d'une angoisse ou d'une douleur morale qui a son contrecoup immédiat sur l'organisme : le sujet souffre, il pâlit, tremble, éprouve les symptômes physiques les plus caractérisés.

Ces prodromes se retrouvent généralement chez tous les sujets soumis à l'obsession; mais le double caractère psycho-organique de l'obsession se manifeste surtout dans les perversions ou aberrations sexuelles, qui intéressent tantôt les *spinaux*, réduits au réflexe simple, ayant leur domaine limité à la moelle, au centre génito-spinal de Budge, tantôt aux *spinaux cérébro-postérieurs* ou *cérébro-antérieurs*, ou encore aux *cérébraux antérieurs* ou *psychiques*. Dans chacun de ces cas, confirmés par de nombreuses observations, le caractère pathologique de l'obsession est incontestable, et ce caractère ne doit point être séparé de la dégénérescence mentale. « Cette notion, bien établie, est, conclut Magnan, la base la plus solide pour l'étude médico-légale des obsessions criminelles. »

M. le D^r LADAME, de Genève, se plaçant au point de vue spécial de l'obsession du meurtre, distingue parmi les aliénés homicides ceux qui sont poussés au meurtre par les *obsessions pathologiques*.

L'*obsession du meurtre* appartient à la grande classe de la folie héréditaire, au même titre que la dipsomanie, la kleptomanie, etc. Elle se présente habituellement sous la forme d'un « syndrome épisodique » (Magnan) de la dégénérescence mentale.

On peut diviser les obsédés homicides en deux classes :

I. Ceux dont les *obsessions restent théoriques* et n'aboutissent pas à l'acte homicide.

II. Ceux qui font des tentatives de meurtre ou qui commettent des homicides à la suite de *leurs obsessions impulsives*.

L'obsession du meurtre s'observe parfois isolément chez certains héréditaires. Elle peut revenir par accès intermittents ou périodiques. Elle forme alors une variété clinique importante à considérer en elle-même, et n'est plus seulement le syndrome épisodique, mobile

et transitoire, d'une dégénérescence mentale, comme cela se voit chez beaucoup d'héréditaires dégénérés. Elle peut persister pendant des années et acquérir ainsi une extrême importance en médecine légale. L'obsession du meurtre se présente à l'état sporadique et, le plus fréquemment, sous forme d'épidémie morale à la suite des crimes retentissants ou des exécutions capitales.

M. P. GARNIER, de Paris, s'attache à distinguer l'impulsion épileptique de l'impulsion consciente. A son avis, l'obsession homicide est toujours liée à un état sous-jacent de dégénérescence mentale. Cette notion a des conséquences considérables au point de vue médico-légal, le juge cherchant dans l'état sous-jacent une conviction que l'acte incriminé, considéré isolément, ne suffirait pas toujours à lui donner.

M. BENEDIKT, de Vienne, se range à l'avis des orateurs précédents, et il en déduit une conclusion intéressante au point de vue social : « Combien de victimes de l'obsession renferment les prisons ? » Il n'hésite pas à dire, s'appuyant sur les témoignages autorisés de directeurs de prisons et magistrats, que leur nombre ne peut manquer d'être considérable. Parmi les récidivistes, les *obsédés* sont plus fréquents encore peut-être, car le propre de l'obsession, c'est la répétition de l'acte.

M. P. NÄCKE, de Hubertusbourg, trouve trop absolues ces théories de l'obsession. Le diagnostic en est d'autant plus difficile qu'il se confond le plus souvent avec le diagnostic de l'épilepsie, le praticien étant plus exposé encore à l'erreur vis-à-vis des malades dont il n'a pas connu l'état antérieur sous-jacent.

Il ne nie point la dégénérescence morale, ni l'état morbide. Mais où finit la pleine responsabilité ? Où commence la dégénérescence ? Où est-elle assez accentuée pour annihiler la volonté ? Les observations présentées reposent, dit-il, sur les déclarations des sujets observés ; mais ces déclarations n'ont qu'une valeur relative, fort minime.

Le mobile du crime chez l'enfant et chez l'adolescent, par le Dr MORET, de Paris. — L'expérience a fait perdre à l'auteur beaucoup des illusions qu'il avait autrefois pour l'enfance. Il traite : 1° des délinquants d'aventure qui le plus souvent ne dépassent pas la faute légère ; ce sont les curieux, les vagabonds intelligents ; la curiosité est le point de départ, le vol devient le moyen, la crainte se manifeste. Chez eux le délit ne saurait être sévèrement jugé, ce ne sont pas des incorrigibles.

2° Des instinctifs, qui n'ont ni honte, ni remords. Parmi eux on trouve souvent des chefs de bande. Ils n'ont pas de sens moral ; ils

deviennent des délinquants d'habitude. M. n'y trouve pas de dégénérescence physique, mais il constate pour eux la mauvaise éducation. Il propose pour eux l'école.

3° Des débiles intellectuels, c'est-à-dire des anormaux, des héréditaires qui souvent occupent la frontière de la raison et de la folie.

De l'enfance M. passe à l'adolescence et à la jeunesse où l'on recrute les criminels les plus dangereux.

* *Étiologie fonctionnelle du crime*, par le Dr DALLEMAGNE, de Bruxelles. — Le crime est un fait à la fois biologique et social. Cette définition signifie que le crime, émanation d'un être vivant en société, doit, dans ses caractères distinctifs, se ressentir à la fois de cet être et de cette société. Après avoir passé en revue les tendances des différentes écoles et montré quelle part elles avaient donné à l'étude des fonctions biologiques du criminel dans la genèse du crime, l'auteur aborde l'étude de cette biologie.

La conservation de la société, comme celle de l'individu, est assurée par deux actes importants : la nutrition et la reproduction ; le progrès résulte du perfectionnement des facultés intellectuelles des individus formant la société.

Tout acte individuel de la vie normale, toute manifestation sociale, par conséquent, relève directement ou indirectement d'une des trois grandes fonctions, nutritive, génitale, intellectuelle. Les fonctions inassouvies, créent dans leurs centres respectifs une tension qui, objectivement, rend la décharge consécutive plus violente et plus spontanées et subjectivement donnent naissance à toute la gamme des sensations qui vont du simple malaise indéfinissable à la douleur qui affole et qui masque la conscience.

D'une manière générale, comment chacun de ces facteurs peut-il engendrer l'acte criminel ? Tout d'abord en créant, sous la poussée de l'inassouvissement pur et simple, une véritable explosion motrice inconsciente. Mais le besoin se spécialise de plus en plus : celui qui subordonne la satisfaction d'un besoin à toute autre considération, c'est le passionné ; celui dont le désir ne s'objective plus dans les limites des choses raisonnables, c'est le déséquilibré. On dit que ses actes sont anormaux parce qu'ils sont disproportionnés : le fait incriminé paraît se soustraire aux nécessités communes ; au fond, c'est une activité cellulaire, détournée, mais réglée comme les autres.

Les besoins nutritifs poussent au vol ; le vol est le moyen de réaliser les satisfactions que la vie normale laisse inapaisées.

La caractéristique essentielle des actes criminels engendrés par le besoin génital, dans le domaine du crime, c'est le viol.

Quant au troisième besoin, son rôle est beaucoup plus complexe.

Il complique souvent les deux autres facteurs. De plus il intervient en créant de toutes pièces des besoins dont la réalisation poussera vers le crime, en enfantant des idées étranges, sublimes ou insensées, qui feront éclore au fond de l'âme des ambitions sous les quelles tout plie, le cœur et les sens, et qui poussent devant elles leur victime, fût-ce même par-dessus les cadavres. Il enfante les détraqués de toute espèce, dont la liste serait malheureusement trop longue à dresser.

Chaque crime est donc un acte psycho-physiologique qu'il faut étudier à l'aide d'une formule psycho-physiologique de l'homme normal. L'auteur termine par ces conclusions :

« L'étude du problème du crime doit être, avant tout, l'étude de la psycho-physiologie du criminel. Cette étude psycho-physiologique ne peut exister qu'aux conditions suivantes :

« Envisager l'évolution individuelle et l'évolution sociale comme subordonnées à trois ordres de facteurs que, faute de dénominations mieux appropriées, nous appelons nutritifs, génésiques, intellectuels.

« Ramener tout acte normal individuel ou social à l'action plus ou moins directe de l'un de ces trois facteurs, ou de la résultante de plusieurs d'entre eux.

« Rechercher, dans les actes pathologiques sociaux, les déviations morbides ou tout au moins anormales de l'un ou de plusieurs de ces facteurs.

« Comprendre dans ces déviations, tout d'abord, les effets de la non-satisfaction pure et simple du besoin.

« Ensuite, la non-satisfaction d'un besoin déterminé auquel des circonstances particulières ont imprimé un caractère qui peut le rapprocher ou l'éloigner considérablement du besoin normal physiologique.

« Enfin rechercher, dans les états dégénérés ou déséquilibrés, la filiation des anomalies successives subies par l'un de nos facteurs ou de plusieurs d'entre eux, anomalies dont la résultante finale constitue les états de dégénérescence et de déséquilibre. »

Les sentiments primordiaux des criminels. — Le Dr LACASAGNE, de Lyon, expose sa théorie qui procède de celle d'A. Comte. L'homme est constamment en présence de circonstances ou de faits extérieurs à lui, qui agissent sur lui et qui l'entraînent dès qu'il se trouve dans des conditions de résistance inférieures. Cette théorie ne peut, assurément, être démontrée; mais elle explique tout, et rien sans elle ne s'explique : elle est nécessaire.

Quant à l'individu, il faut se représenter son cerveau comme un agglomérat d'instincts. L'un de ces instincts, sous l'influence extérieure, vient-il à se développer outre mesure, le coup de foudre

éclate; il annihile toutes les autres facultés; le criminel devient un être irréfléchi, imprudent, incomplet.

Cette part du cerveau qui domine toutes les autres est en relation avec les facteurs sociaux qui retentissent sur lui, et c'est dans ces relations qu'il faut chercher le secret de la criminalité. Le cerveau fait-il contrepoids, y a-t-il équilibre, c'est l'homme vertueux; l'équilibre est-il détruit, c'est la faute, le délit, le crime, suivant le degré de déséquilibre. Les milieux sociaux sont donc, indéniablement, un élément de l'étiologie criminelle, mais non le principal. Celui-ci se trouve dans les fonctions cérébrales de l'individu.

Déterminer les conditions de ces fonctions, c'est, en somme, fixer les causes de la criminalité.

Pour L., ces conditions consistent dans la conformation du cerveau, et sont révélées par le relief de la tête. Cette conformation peut, surtout dans l'enfance, subir des modifications sous l'influence de causes externes; elles restent, tant qu'elles subsistent, un indice et une cause de prédisposition à la criminalité.

M. CUYLITZ, d'Evere, ne croit ni à l'atavisme soutenu par Magnan, ni au criminel-né de Lacassagne. C'est, à son avis, se tromper sur la signification des défectuosités physiques. Ces altérations de l'individu se présentent plus fréquemment, il est vrai, dans la classe misérable, et là aussi se produisent le plus souvent les criminels. Ces deux faits s'expliquent l'un et l'autre, mais rien n'autorise à les faire dépendre l'un de l'autre. Il a fait et recueilli de nombreuses observations sur les défectuosités physiques des enfants assistés, et il a constaté que les plus difformes ne sont pas nécessairement les plus vicieux. L'altération de la forme physique provient du rachitisme, de l'insuffisance de soins et d'aliments, et il est vrai que ces mêmes causes engendrent aussi la criminalité; mais quelle conclusion tirer de cette constatation, sinon que c'est la misère qui est une cause de criminalité, et non pas la défectuosité physique, effet elle-même de la misère?

Les signes de dégénérescence chez les femmes normales, chez les femmes aliénées et chez les criminelles devenues aliénées, par le Dr NÄCKE, de Hubertusbourg. — Ce travail renferme de très intéressants détails que nous regrettons beaucoup de ne pouvoir reproduire. Nous devons renvoyer le lecteur au compte rendu officiel du Congrès qui paraîtra sous peu.

Des organes des sens chez les femmes criminelles, par le Dr P. TAR-
NOWSKY, de St-Petersbourg. — Ce travail renferme une série de

renseignements sur les altérations de la sensibilité des organes des sens. Ces modifications méritent d'attirer l'attention des anthropologistes et quoique le D^r Näcke, de Hubertusbourg, ait fait remarquer que les constatations exactes, spécialement quand il s'agit de différences minimes, soient difficiles à apprécier, il n'en résulte pas moins que les organes des sens méritent une étude spéciale dans l'examen anthropologique des criminels.

Les crimes des foules, par M. TARDE, juge d'instruction à Sarlat (France). — On parle beaucoup de défense sociale, comme si la société seule pouvait être attaquée; mais souvent c'est la société qui attaque et l'individu qui le défend.

Les nations ont commis des crimes. Tous les groupes sociaux peuvent être criminels. Expliquer tout par les relations sociales, c'est souvent éclaircir le clair par l'obscur. — Ceci pour accentuer l'importance du point de vue biologique, dans l'étude de la criminalité.

Les hypnotiseurs sont des sociologues élémentaires.

La contagion psychologique est l'origine des sociétés. Partout à leur début on retrouve le meneur, le fascinateur et l'imitation sociale se calque sur ce modèle.

Il y a des meneurs salutaires et des meneurs désastreux.

Le congrès est le contraire d'une foule. La foule est un ramassis de hasard que dénature aisément un entraînement momentané. Un congrès se réunit en vue d'un but précis. Mais si le congrès siégeait en permanence, peut-être verrait-on son œuvre périlcliter. Les progrès de la science sont le fait des efforts individuels et isolés. Le congrès ne les accomplit pas; il les juge. Ce n'est point un semeur mais seulement un prétoire.

La foule n'est point la secte, le régiment, mais tend à devenir l'un ou l'autre; c'est une armée embryonnaire qui élit son général, et le choisit le plus souvent très mince.

Les foules accomplissent des crimes et d'autre part ont des élans dont pas un de leurs membres ne serait capable. Elles veulent être respectées quand pas un de leurs éléments n'est respectable.

Montrez un tableau lubrique à une réunion de femmes galantes et de libertins, la pudeur collective se réveillera dans ces âmes dénuées de pudeur individuelle.

La foule peut être tour à tour héroïque et féroce. Ses doutes individuels deviennent par imitation une intense conviction collective.

Pour finir, M. Tarde insiste sur sa distinction entre meneurs et menés, non pour innocenter ces derniers, mais pour leur assurer le bénéfice des circonstances atténuantes.

M. W. DE DEXTEREFF, médecin à Saint-Petersbourg, rend compte

des observations sur la psychologie des foules qu'il a eu occasion de recueillir à Astrakhan, lors des troubles suscités il y a un mois par l'apparition du choléra. Il estime que ces faits démentent les théories de M. Tarde. Sur ce point notamment : pas de chef! pas de meneur! Ceux qui excitaient le plus les populations du Volga étaient des hommes inférieurs à la moyenne ambiante, de simples ivrognes.

M. JAKREWSKI, comme M. De Dextereff, conteste la conclusion de M. Tarde. La distinction entre meneurs et menés lui paraît peu pratique. La foule d'Astrakhan n'avait pas de meneurs. D'un moment à l'autre, cette foule d'ordinaire si soumise, a été prise tout entier du délire épidémique de la persécution et le lendemain elle ne comprenait rien à ce qu'elle avait fait. — La distinction de M. Tarde n'a pas de réalité dans les masses incultes des foules vraiment populaires.

M. le D^r GARNIER partage l'avis de M. Tarde. Il y a dans les foules tumultueuses des alcooliques et de véritables aliénés, et ce sont précisément ceux-là qui entraînent.

M. BENEDIKT distingue divers groupes : les associations de malfaiteurs, brigands, voleurs; pour ceux-là pas d'indulgence; chez ceux là ni meneurs ni menés, tous sont coupables. Le fait d'Astrakhan s'explique par l'ignorance des masses qui croient à l'inhumation d'individus vivants, trompées qu'elles sont par les contractions musculaires qui se manifestent *post mortem* chez les cholériques.

Dans les foules coupables, les dégénérés donnent le ton et surtout les alcooliques, parce que l'alcool relève momentanément leur diapason mental. Il y a là des circonstances extraordinaires faites pour influencer même des normaux.

On ne peut pas affirmer la supériorité de l'homme isolé. L'homme cependant est une créature sociale. Mais l'association a comme toute chose ses inconvénients, seulement elle trouve son remède en elle-même. Ne vantons pas trop l'isolement.

Oui, les foules parfois sont capables de commettre un crime qui ferait reculer chacun de leurs membres. Mais l'histoire relate les crimes des individus isolés qui détiennent le pouvoir; les cruautés des tyrans valent bien les crimes des foules.

Le fait d'Astrakhan est une épidémie morale greffée sur une épidémie corporelle. Le lendemain c'était fini. Mais il y a des capitaux de haine qui thésaurisés, amassés dans les foules, surexcitent leur féroce. C'est de ce capital de haine qu'il faut éviter la formation.

M. TARDE n'est pas déconcerté par le fait d'Astrakhan. Une tête n'est pas toujours nécessaire pour diriger une foule. C'est l'idiot souvent qui la mène. Ne confondons pas la distinction des meneurs et des menés avec celle des inspireurs et des exécutants.

Parfois l'agitateur est dans la coulisse, dans la presse, dans les

bibliothèques, dans la tombe même, et il agite encore alors qu'il n'agit plus. — Partout où il y a unanimité, il y a un despotisme inconsciemment suivi.

Les suggestions criminelles et la responsabilité pénale. — Le rapport présenté par le Dr AUG. VOISIN, de Paris, conclut comme suit :

1. La suggestibilité criminelle ou délictueuse à l'état de veille ou à l'état d'hypnose est intimement liée à la débilité ou à la dégénérescence mentale de l'individu suggestionné.

2. A côté des nombreux cas négatifs ou entachés de simulation, il en existe d'autres, rares en vérité, où, sous l'influence d'une suggestion hypnotique, l'individu est capable de commettre les actes criminels ou délictueux à la façon de certains dégénérés impulsifs.

3. La responsabilité pénale d'un individu ayant commis un crime ou un délit sous l'influence d'une suggestion hypnotique doit être déclarée nulle, conformément aux termes de l'article 64 du Code pénal de la législation française : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou *lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.* »

Le Dr BÉRILLON, de Paris, dans un autre travail, a conclu comme suit :

1° Certains individus présentent normalement, à l'état de veille, et sans manœuvres préalables, une telle suggestibilité qu'il serait possible de leur faire exécuter automatiquement, sous l'influence d'une suggestion verbale, sans qu'ils en aient conscience et sans qu'ils puissent résister, des actes délictueux ou criminels.

2° Dans le cas où il serait démontré par l'examen psychologique du prévenu qu'il a accompli l'acte incriminé sous l'influence d'une suggestion, ce prévenu devra être appelé à bénéficier de l'article 64 du Code pénal qui dégage la responsabilité de ceux qui auront agi sans liberté.

3° Par contre, les auteurs de suggestions criminelles ou délictueuses tomberont sous l'application des articles 265, 266, 267 et 268 du Code pénal, qui visent les associations de malfaiteurs, et surtout de l'article 60 du Code pénal, qui prévoit la culpabilité de ceux qui, par abus d'autorité, de pouvoir, *machinations ou artifices coupables*, auront provoqué l'accomplissement d'une action qualifiée crime ou délit, ou auront même simplement donné des instructions pour la commettre.

Le prof. BENEDIKT termina son rapport par cette conclusion :

La question des crimes par suggestion, comme celle de la responsabilité des criminels par suggestion, manque d'actualité. Il n'existe pas de motifs suffisants pour que la législation s'occupe, tant au

point de vue théorique qu'au point de vue pratique, soit de ces crimes, soit de la responsabilité des criminels qui les ont commis.

Il est désirable que l'on continue les recherches expérimentales jusqu'au moment où l'on pourra disposer de matériaux suffisants pour entreprendre la critique scientifique des résultats obtenus. Néanmoins je persiste à croire que le fait d'habituer, de dresser un individu à l'hypnotisation et à la suggestion est un délit, un crime contre sa santé. Il est hors de doute que l'abus de l'hypnose mène à la dégénérescence nerveuse le malade qui y a recours. Tout au plus peut-on recommander de s'occuper de l'étude scientifique des cas qui se présentent, de se servir de l'hypnotisation et de la suggestion comme moyen calmant chez les individus hypnotisables et suggestionnables; il doit être interdit de créer des états maladifs.

Je tiens à excuser tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour pour cet unique motif que je ne veux pas dresser un acte d'accusation. Mais il n'est plus permis d'en tolérer la continuation. Il faut dire bien haut que l'hypnotisme appliqué avec excès constitue un danger pour l'individu suggestionné et qu'il est nécessaire d'isoler, pendant tout le temps qu'il reste en état maladif, l'individu qui a abusé de l'hypnotisme. En procédant ainsi, on peut être convaincu que nul ne sera entraîné à des actes criminels par suggestion. L'orateur rappelle la valeur de l'hypnose comme moyen thérapeutique.

M. Crocq insiste sur la différence qui existe entre l'hypnotisme et la suggestion. On peut être suggestionné sans être hypnotisé: Il rappelle la valeur de l'hypnose comme moyen thérapeutique.

M. MASOIN confirme ce qu'a dit M. Crocq à propos de l'efficacité de la suggestion thérapeutique en dehors de l'hypnose: il rapporte un cas où grâce à ce même moyen, il a pu faire céder instantanément une aphonie nerveuse. Venant à l'objet en discussion, il constate que le Congrès se trouve en présence de trois opinions différentes concernant l'efficacité des suggestions criminelles. En effet, à travers certaines contradictions Benedikt nie tout simplement; Bérillon admet avec réserves la possibilité des faits; Voisin se prononce d'une manière absolument catégorique pour l'affirmative.

M. Masoin s'applique à lever les réserves de Bérillon qu'il trouve trop timide en présence des faits acquis. Se ralliant à l'opinion de Voisin, il résume certains faits qui lui semblent décisifs; sans parler de ceux, bien connus, rapportés par M. Liégeois, il rappelle et fait valoir les observations de MM. Forel, Warlomont et Voisin lui-même. Aussi les dangers de l'hypnotisme lui paraissent établis au point de vue des suggestions criminelles comme au point de vue de l'état passif des hypnotisés en léthargie ou en catalepsie.

M. Ladame croit, avec Benedikt, que la question est inopportune,

parce qu'elle est insuffisamment mûrie et étudiée; il admet d'autre part, avec Voisin et Bérillon, la possibilité de l'obsession criminelle par suggestion hypnotique.

MM. Benedikt et Motet soutiennent que la question est prématurée; Benedikt croit qu'il convient de réagir contre les tendances exagérées des médecins hypnotiseurs; il conteste qu'on ait jamais cité un seul cas probant de crime dû à la suggestion; dans les cas cités il faut considérer la tendance des hystériques à se faire remarquer; ce qui le met en défiance, ce sont les résultats publiés, dans le traitement des alcooliques et des morphinomanes par l'hypnotisme.

Pour M. Voisin, n'y eût-il à l'actif de l'hypnotisme que le cas cité dans son rapport, il le considérerait comme suffisant.

M. Mendel s'associe aux paroles de Benedikt; il conteste qu'on ait jamais obtenu un seul cas de guérison par l'hypnotisme.

M. Houzé cite quelques cas qui lui sont personnels et dans lesquels il a observé une amélioration des symptômes actuels de l'hystérie, spécialement la disparition des crises convulsives.

Du vitriolage, par le Dr AUBRY, de Paris. — L'auteur arrive à cette conclusion qu'on a le tort de considérer le vitriolage comme l'apanage des crimes passionnels.

La criminalité et la crise économique, par le professeur H. DENIS. — L'influence de la criminalité sur celle-là est naturellement l'objet de cette lecture sociologique où se retrouvent les idées favorites du savant statisticien qui se réclame de ses devanciers pour souligner la part du paupérisme dans le crime. Il rappelle les crises de 1845, 1846 et 1847, trois années de déficit alimentaire, et, partant, d'accroissement criminel. Il prouve par des diagrammes les courbes quasi parallèles de la famine et de la criminalité. Ces crises classiques furent des crises de protectionnisme outrancier, et de hausse factice et arbitraire des prix. L'orateur, qui n'est pas un protectionniste alimentaire, passe à côté de ce point de vue. Il signale une relation entre les courbes inverses des mariages et des prix du blé. La baisse des prix ranime l'espoir et fonde la famille. Ce qui détruit l'espérance provoque la révolte contre les lois. — La crise qui a suivi 1873 l'occupe ensuite; elle a prolongé ses effets pendant de longues années, période de dépression industrielle, rupture de l'équilibre économique provoquant des désordres moraux. M. Denis regrette que les investigations de l'immortel Quetelet sur la statistique morale aient été presque abandonnées depuis sa mort. Son ambition est de combler cette lacune. De nouveaux diagrammes montrent là encore les rapports de la crise et du crime. Si M. Denis

a négligé la critique de l'échelle mobile avant 1847, du moins, signale-t-il l'influence de la libre entrée des grains qui, par la concurrence des récoltes étrangères, atténue les variations des prix, de sorte que la courbe du blé national n'est plus un facteur à comparer à la courbe criminelle.

La situation est d'ailleurs modifiée par la découverte des mines d'or, le développement des chemins de fer, de l'industrie, de l'esprit d'entreprise et la hausse des salaires. Cela de 1853 à 1873, période caractérisée par une tendance à la stabilité dans l'étiage de la criminalité. Après 1873, crise, chômage, grèves, baisse des prix et des salaires, instabilité et relèvement de la criminalité, dont la moyenne est doublée de 1870 à 1889. En somme, l'orateur affirme une relation étroite entre l'état économique et l'état de la criminalité. C'est ainsi également qu'il explique et caractérise les troubles de 1886. Non pas qu'il assigne à tous les crimes et délits une origine économique, mais seulement à certaines catégories, celle surtout des crimes contre les propriétés, des délits de vagabondage et de mendicité, et aussi les suicides et les cas d'aliénation mentale.

Sa conclusion est que le crime doit être étudié dans ses rapports avec les faits économiques, que plus le mouvement de la richesse sera régulier et constant moins le crime sera fréquent, partant qu'il faut pénétrer de justice les institutions économiques et diminuer la part de la responsabilité individuelle dans les crimes et délits pour augmenter celle de la responsabilité collective.

De l'importance des éléments sociaux et des éléments anthropologique dans la détermination de la pénalité. — Il résulte des explications fournies par M. GAUCKLER, professeur à la Faculté de Caen :

1° Que la fonction essentielle du droit criminel est de prévenir le délit par l'intimidation, et que cette fonction est conditionnée par des éléments exclusivement sociaux ;

2° Que sa fonction secondaire, mais très considérable encore, est d'assurer l'innocuité d'un délinquant primaire, et que cette fonction est conditionnée par données anthropologiques ;

3° Qu'à un bien moindre degré il a pour fin la préparation du préjudice dont a souffert la victime ;

4° Qu'enfin, dans la poursuite de ce triple résultat, il doit tenir compte des sentiments sociaux de justice, de haine et de pitié qui se manifestent à l'occasion du délit.

M. von LISZT appuie les conclusions de M. Gauckler, mais insiste spécialement sur le facteur social. Il constate en passant que la querelle du libre arbitre et du déterminisme n'est pas ce qui différencie les deux écoles de criminalistes. L'École de Lombroso n'existe

plus; il n'y a plus que celle de l'anthropologie criminelle ou de la sociologie criminelle qui entend appliquer à l'étude de la criminalité, de la pénalité, la méthode inductrice, celles des sciences naturelles, et l'école classique qui comprend un très grand nombre de juristes dont les avis sont précieux pour l'application des théories nouvelles basées sur l'observation des faits. Von Liszt invite les médecins anthropologistes à suivre les congrès de l'union internationale du droit pénal.

M. TARDE se rallie aux observations de M. von Liszt en insistant sur la qualité des écoles et en écartant la *terza scuola* italienne, qui est celle de Ferri, suggestionné par Lombroso qui, à son tour, n'aura en d'autre mérite que celui d'avoir donné l'impulsion. La *terza scuola* se dit sociologique, mais on ne peut séparer la sociologie de la biologie. L'idée de justice est et doit être à la sociologie ce que l'équilibre est à la physique et la santé à la physiologie.

M. PRINS, inspecteur des prisons belges, partage l'avis de von Liszt sur la fonction sociale de la peine. Il conclut, non pas *in abstracto* à l'intimidation avec M. Gauckler, mais à l'individualisation des délinquants même professionnels. L'avenir du droit pénal est dans l'avenir de l'école qui étudie l'homme et de l'école qui étudie la société.

De l'influence des professions sur la criminalité. — M. le D^r COUTAGNE, de Lyon, voudrait, en premier lieu, voir *augmenter dans les codes les cas où la profession du coupable entraîne une aggravation de pénalité*. Cet élément d'appréciation a déjà été admis nombre de fois par le législateur. Signalons seulement, dans le Code pénal français, les articles 317, paragraphe 3 (avortements commis par les médecins, chirurgiens ou autres officiers de santé, ainsi que par les pharmaciens), et 404 (faillite et banqueroute frauduleuse commises par les agents de change et les courtiers). On pourrait, en partant du même principe et de nécessités sociales du même ordre, augmenter la pénalité pour les administrations de substances nuisibles par les marchands de produits alimentaires, pour les diffamations par les journalistes, pour les escroqueries par les banquiers, etc., etc.

En second lieu, nous devons hâter de nos vœux et favoriser par tous les moyens la création des associations fondées par la similitude des professions. Nous ne méconnaissons pas les répulsions que suscite, à l'heure actuelle, l'institution des syndicats professionnels. Mais il paraît impossible que dans l'avenir et après les leçons d'une expérience peut-être durement achetée, leur rôle ne s'accroisse pas dans un sens moralisateur et favorable à l'étude et aux réformes de la sociologie criminelle.

Aperçu des applications de l'anthropologie criminelle, par M. DE RYCKERE, substitut du Procureur du Roi à Bruges. — L'auteur, malgré le scepticisme qui entoure la photographie judiciaire pour l'identification des récidivistes, s'en montre un partisan convaincu. Il fait également l'éloge du système anthropométrique de Bertillon qui déjà fonctionne en France, Tunisie, Roumanie, Russie, États-Unis, République Argentine. Il espère que le système sera bientôt appliqué en Belgique.

Des applications de l'anthropologie criminelle. — D'après M. FRANZ VON LISZT, de Halle, les exigences de la politique criminelle moderne s'appuient directement sur les résultats de l'anthropologie criminelle :

1. On doit distinguer les délinquants d'occasion et les délinquants de nature. Vis-à-vis des premiers, la punition n'a qu'un but : imprimer à l'esprit la notion de l'inviolabilité de l'ordre légal.

2. Vis-à-vis des délinquants de nature, il faut prendre des mesures essentiellement différentes, surtout lorsqu'il s'agit de dégénérés. Mais ici une autre distinction est indispensable. Tant que cet état est encore guérissable, la punition doit chercher à le combattre, à améliorer le délinquant. Elle atteindra son but d'autant plus sûrement que le dégénéré sera plus jeune. A côté du pénitencier et préférentiellement à toute autre mesure, les maisons d'éducation et de correction sont favorables à l'amendement des jeunes gens.

3. Cet état est-il reconnu incurable, le penchant au crime est-il enraciné, il faut protéger le malheureux contre lui-même et contre la société. Le seul moyen est de le mettre continuellement dans l'impossibilité de nuire. Les noms qu'on leur donne et les notions surannées importent peu. Qu'on tienne ces hommes pour « responsables » ou non, qu'on les désigne sous le nom de « délinquants » ou de « malades », qu'on les mette dans des « pénitenciers » ou dans des « asiles », cela est fort indifférent.

Ce n'est pas le lieu de développer ici ces propositions. C'est la tâche de l'Union internationale de droit pénal. L'auteur s'est borné à démontrer que la législation pénale de l'avenir doit s'édifier sur les données de l'anthropologie criminelle.

M. BENEDIKT, de Vienne, fait au Congrès la proposition suivante :

Les études anthropologiques et biologiques sont indispensables pour constituer sur des bases solides la science, la législation pénale et l'exercice du droit pénal.

De la nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains délinquants comme un devoir de l'instruction à leur charge, par le

D^r P. GARNIER, de Paris. — Il est irrationnel d'attendre d'un magistrat l'aptitude nécessaire pour discerner des symptômes qui ne peuvent se déceler qu'aux yeux habitués à les constater; en pareil cas, la perspicacité la plus grande est insuffisante et les faits sont là pour l'attester. C'est lui attribuer une responsabilité bien lourde que de le charger de cette première discrimination pour laquelle il n'est pas préparé. Sans notions techniques, il lui est de toute impossibilité d'interpréter à leur valeur des manifestations décisives pour un oeil exercé. L'erreur d'appréciation peut être telle qu'elle conduise le juge à des sévérités dont je pourrais citer des exemples. Un seul suffira : M..., âgé de 49 ans, industriel, autrefois habile, est inculpé de faux en écritures commerciales; on l'accuse d'avoir transporté un timbre d'une quittance sur une autre. Atteint d'ataxie locomotrice depuis six ans, et, consécutivement, de paralysie générale depuis près d'un an, il se trouvait, au moment de sa comparution devant la cour d'assises, dans un état qui s'imposait à l'attention. Il avait tout oublié; il articulait mal les mots et balbutiait des réponses confuses aux questions du président. Le ministère public ne crut ni à son défaut de mémoire ni à son inconscience; son bredouillement fut signalé comme purement intentionnel, et l'on ne manqua pas de lui dire qu'il aggravait sa situation par son attitude, ce qui ne le toucha guère. Bref, une condamnation à *cinq années d'emprisonnement* fut prononcée contre ce paralytique général, que l'administration des prisons était contrainte d'envoyer, *trois ou quatre jours plus tard, à l'infirmerie spéciale*. Je m'empressai de faire diriger sur l'asile Sainte-Anne ce malheureux dont l'état ne pouvait faire doute; arrivé presque à la période du gâtisme, il racontait, avec un sourire béat, que ses parents étaient empereurs de la Gaule et qu'il allait épouser la duchesse de Berry.

Un fait mérite encore d'être signalé, à propos de ce malade. En même temps qu'il était colloqué à l'asile, un pourvoi en cassation était formé à tout hasard, sur l'initiative de la défense. La cour suprême, mise au courant de la situation mentale du condamné par le rapport médical, le représentant comme un dément d'ancienne date, maintint l'arrêt contre cet aliéné, en se basant sur l'absence de tout motif de cassation.

L'honorable rapporteur conseille à toutes les nations d'imiter l'exemple de la Belgique qui a organisé en 1891, sur l'initiative de M. Lejeune, ministre de la justice, l'inspection médicale des prisons de manière à s'assurer de l'état mental des condamnés. Mais prévenir vaut mieux que réprimer, et l'inspection médico-légale des inculpés complètera celle des condamnés.

MM. les professeurs MIERZEJEWSKI, de St-Petersbourg, WINCKLER,

d'Utrecht, et MORET, de Paris, applaudissent à cette idée généreuse. M. Motet fait quelques réserves pratiques portant sur deux points : l'instruction rapide des flagrants délits, le service médical des prisons assez bien organisé pour découvrir les aliénés méconnus de la condamnation.

M. OTLET préconise la réforme de la feuille de renseignements par l'addition de détails sur la valeur psychologique du prévenu. Il présente au Congrès le questionnaire dressé par le jeune barreau de Bruxelles.

Des mesures applicables aux incorrigibles et de l'autorité légale apte à en fixer le choix. — Cette question a eu quatre rapporteurs :

1° M. le professeur VAN HAMEL, d'Amsterdam, en résumant son rapport déclare que le principal indice de l'incorrigibilité, c'est la récidive. Contre les récidivistes, la pénalité prend essentiellement le caractère de la défense sociale, à raison du danger, et surtout de la « périculosité » d'atteinte à la vie. Pour les incorrigibles, il préconise la détention indéterminée avec des libérations périodiques et une grande latitude d'appréciation laissée à l'autorité compétente. Pour Van Hamel, cette autorité doit être judiciaire.

2° M. le professeur ALIMENA, de Naples. — On peut ramener à trois les mesures contre les incorrigibles :

1. Emprisonnement prolongé et augmenté en proportion du nombre des récidives ;

2. Pour les délinquants qui se rendent coupables de petits délits, surtout s'ils sont récidivistes, abolition des courtes peines d'emprisonnement et leur remplacement par le travail obligatoire :

a) Dans des établissements spéciaux ;

b) Dans des compagnies de travail ;

c) Dans des œuvres de colonisation intérieure.

3. Relégation ou déportation perpétuelle pour les criminels qui ont surpassé un *maximum* de récidives.

L'autorité apte à faire choix entre ces mesures est, en général, l'autorité judiciaire pénale.

3° M. le professeur THIRY, de Liège, prend le mot « incorrigibles » dans un sens relatif qui réserve leur avenir. Pour lui, la base fondamentale de l'incorrigibilité c'est l'influence morale permanente à laquelle l'individu succombe. S'il reconnaît la légitime défense, il croit à l'amendement. D'accord avec Van Hamel sur la détention non pas perpétuelle, mais indéterminée, indéfinie, il ne voit pas la nécessité de l'intervention judiciaire pour prolonger ou interrompre la détention ; la responsabilité administrative, la surveillance exercée par les comités de patronage et le barreau, lui paraissent suffire

pour écarter tout danger d'arbitraire. Cette intervention du barreau, il l'interprète dans le sens d'une défense de l'incorrigible, plaidant sa libération. Il insiste en terminant sur l'efficacité morale de la charité.

4° M. l'avocat MAUS, de Bruxelles, a ainsi formulé ses conclusions :

Les mesures à prendre à l'égard des récidivistes endurcis doivent tendre d'abord à les mieux connaître; à renvoyer dans les prisons-asiles ceux dont la récidive relève, pour une part sérieuse, d'une cause pathologique; à augmenter considérablement et progressivement la durée de la peine, jusqu'à la perpétuité pour les crimes et les délits assez graves; enfin à rendre la répression plus subjective, en l'appropriant, dans un but d'amendement, à l'état du sujet et à la nature de la délinquance.

Cette œuvre difficile demande non seulement des spécialistes, joignant à l'expérience des connaissances en psychiatrie; elle ne peut être accomplie sans le concours de sincères dévouements.

M. AD. PRINS, inspecteur des prisons belges, comprend la sentence indéterminée dans deux cas : délinquance par misère; dégénérescence. Mais lorsqu'il s'agit de la répression proprement dite, il y voit de grandes difficultés pratiques, par exemple pour ces batailleurs incorrigibles; ou encore les criminels passionnels. Quant à l'autorité compétente, les doutes du D^r Garnier sur la libération des aliénés apaisés lui font appréhender la libération de l'incorrigible laissée à l'appréciation du juge ou de l'administrateur. Il faut des garanties. Pour lui la solution de la question des incorrigibles est dans l'aggravation progressive de la peine. Et surtout qu'on renonce au luxe des prisons et qu'on affecte aux maisons ouvrières et aux œuvres sociales les sommes folles qu'on y consacre.

L'administration pénitentiaire devrait se charger de cette mission de régler, dans la mesure autorisée par la loi, les étapes du régime progressif.

Il assigne également un rôle à l'action préventive qui peut combattre les causes sociales de la récidive : la dégénérescence, l'alcoolisme, la prostitution, la misère, etc., ces facteurs rendant vains, en grande partie, les efforts de l'œuvre pénitentiaire; continuellement ils produisent des récidivistes en plus grand nombre que celle-ci n'essaie d'en corriger, et ils ressaissent, à la sortie de prison, ceux qu'on espérait avoir amendés.

M. le D^r LEGRAIN, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise), distingue entre les incorrigibles socialement responsables et punissables et les incorrigibles pathologiques qui rentrent dans la catégorie des fous moraux. Il recommande l'étude de l'incorrigibilité chez l'enfant, spécialement chez l'enfant arriéré, et résume

les observations qu'il a faites à ce point de vue pendant cinq années comme directeur de la colonie des enfants arriérés de Vaucluse.

Le principal mobile qu'il ait constaté c'est l'entraînement, l'exemple, la contagion. Aussi conclut-il à la nécessité de faire intervenir le milieu ambiant pour amender l'incorrigible. Il y a aussi les instinctifs, les obsédés, les impulsifs, tous récidivistes. Si l'on serre l'analyse de ces divers motifs, on classera les enfants comme les adultes en fous moraux et en démoralisés. Ces derniers sont seuls curables. Il faut les traiter dans un asile spécial, moins comme des coupables que comme des malades. Contre le milieu familial, il faut agir par la déchéance paternelle dans le cas d'indignité. Quant au fou moral, il ne voit pas plus les choses que le daltonien ne voit les couleurs.

M. DALIFOL, directeur d'une école libre de réforme, à Paris, ne croit pas aux enfants criminels, pas même aux enfants vicieux. Il voudrait que la société fit aussi bien que la nature.

M. VAN HAMEL défend contre diverses critiques les idées qu'il a exposées au sujet des incorrigibles, notamment en ce qui concerne l'intervention judiciaire, surtout si le barreau défend l'incorrigible, ce qu'il admet, acceptant toute la procédure orale, experts compris, avant la délibération qui prolongera ou interrompra la détention indéterminée. Les deux cas auxquels M. Prins la limite lui semblent imprécis. Misère ou dégénérescence? Mais la misère, sans être une cause directe, peut-être une cause antérieure et reculée. Et il s'agit toujours de savoir si l'incorrigible n'est pas un dégénéré.

M. THIRY admet qu'on ne soit pas fixé sur la classification des individus auxquels sera appliquée l'idée nouvelle de la détention indéterminée, mais ce qui est certain, c'est qu'il y en a. L'idée fera son chemin et le système se perfectionnera.

M. MAUS indique quelques nuances entre ses idées et celles de M. Thiry, notamment sur le caractère de l'incorrigibilité. La théorie de l'influence morale permanente ne lui paraît pas adéquate. Au surplus, au point de vue pratique les nuances indiquées n'impliquent pas d'inconvénients bien sensibles. Il insiste cependant sur la nécessité de ne pas abandonner la détention indéterminée au bon plaisir de l'administration pénitentiaire, et de ne négliger le concours ni de la loi ni du juge. Cette observation précise une de ses conclusions.

L'incorrigible, sa nature et son traitement, par le Dr JUL. MOREL, de Gand. — L'auteur déclare que l'anthropologiste ne peut classer l'incorrigible sans recourir aux lumières de la pathologie. Les dégénérescences peuvent porter à la fois sur l'état physique et l'état psychique, mais elles peuvent varier beaucoup et prédominer dans

l'un et dans l'autre de ces deux états. L'École de Lombroso s'est trop peu attachée à l'étiologie contraire qui s'occupe de l'amélioration de l'homme. M. étudie successivement les soi-disants incorrigibles aussi bien chez les enfants que chez les adolescents.

Pour donner à la théorie de l'incorrigibilité quelque relief, quelque valeur scientifique, il faudrait pouvoir présenter quelques spécimens ayant passé par tous les systèmes de traitement et d'éducation. La démonstration de l'incorrigibilité de l'homme qui, psychiquement, ne présente aucune tare héréditaire, reste conséquemment à faire.

L'amendement des soi-disants incorrigibles doit être tenté dans les écoles de réforme et les prisons; il doit même être continué en dehors de ces établissements.

M. voudrait que les autorités chargées de visiter les détenus soient tenues au courant de la valeur psychique des détenus qu'elles sont appelées à amender et que les récidivistes reçoivent des faveurs et même une liberté relative s'ils donnent des preuves sérieuses d'amendement. Il termine son travail en déclarant que si tous les pays avaient le bonheur d'avoir une loi pour la protection de l'enfance, si les autorités avaient une puissance suffisante pour arracher les enfants aux parents ou tuteurs incapables ou indignes; si les gouvernements organisaient méthodiquement une éducation pour ces malheureuses créatures, on verrait, en peu d'années, décroître la criminalité d'une manière considérable.

M. DELATOUR, directeur général au ministère de la justice, donne quelques renseignements de circonstance au sujet de l'aliénation mentale dans les prisons de Belgique. Les établissements pénitentiaires en Belgique sont au nombre de 29 dont 26 sont des établissements où se trouve appliqué exclusivement le régime cellulaire.

En 1877, la population des 29 établissements pénitentiaires était de 3,659 condamnés. Sur ce nombre 25 condamnés ont été colloqués dans les asiles d'aliénés de l'État.

En 1886, sur 4,646 condamnés, le nombre des colloqués a été de 21.

Jusqu'en 1887, la proportion moyenne des aliénés sur le nombre total des condamnés est de un dixième %. Depuis 1887 jusqu'en 1890 inclusivement la proportion est de un sixième %. En 1891, la proportion s'est élevé de un à huit dixièmes et elle est restée au même taux pour les six premiers mois de la présente année.

Passons dans la vie civile. De 1877 à 1890, le nombre des aliénés dans la vie libre s'est accru chaque année. Il a été de 7,744 pour 1877, sur une population de 5,400,000 habitants environ. En 1890, il s'est élevé à 10,731 sur une population de six millions. Donc en 1879, la proportion est de 0,14 % et de 0,176 % en 1890.

De l'influence de l'hérédité alcoolique sur la folie et la criminalité, par le D^r DE VAUCLEROY, de Bruxelles. — L'accroissement des maladies mentales et des crimes, provoqué par la transmission héréditaire de l'alcoolisme, constitue une menace effrayante pour l'avenir. Folie, criminalité et alcoolisme marchent de compagnie. L'auteur prouve la corrélation qui existe entre ces trois facteurs, en se basant sur les investigations de la science médicale et les données de la statistique criminelle. Il établit que les trois quarts des fous ou des criminels sont des ivrognes et que dans la moitié des cas se retrouvent les preuves irrécusables de l'alcoolisme des ascendants.

Cette démonstration appuyée sur les témoignages d'autorités médicales de l'Allemagne, de l'Angleterre, de la France, de la Suisse et de la Belgique, met aujourd'hui hors de doute la loi de l'hérédité alcoolique déjà formulée, à la fin du siècle dernier, par Darwin.

Chez les prédisposés, les *alcoolisables* de Lassègue et qui sont ordinairement fils de buveurs, l'usage de l'alcool, même à dose modérée, peut amener des troubles mentaux présentant les signes classiques les plus nets de l'intoxication alcoolique.

L'auteur établit, d'après Légrain et Morel de Rouen, la filiation des accidents alcooliques héréditaires et rappelle l'expression si juste de Féré qui regarde *l'alcool comme la pierre de touche de l'équilibre des fonctions cérébrales*.

L'influence de l'alcoolisme de la mère est bien plus sûre et plus profonde, même si le père est absolument sain. L'alcoolisme de la femme, rare autrefois, tend de jour en jour à devenir plus fréquent. L'auteur rappelle ici les statistiques publiées par Garnier.

L'influence de l'hérédité alcoolique sur la criminalité est également démontrée par les recherches statistiques de l'auteur et empruntées à des travaux parus dans différents pays.

Conclusions. — Les faibles digues élevées contre le flot montant de l'alcoolisme, n'ont eu qu'une utilité insuffisante. Le péril est plus grand que jamais et la marche envahissante de l'alcoolisme, dédaigneux des frêles obstacles qu'on lui oppose, poursuit impitoyablement son cours.

Il faut recourir à des mesures plus résolument préservatrices. Elles sont nombreuses et l'auteur ne s'occupe, pour le moment, que de celles relatives aux ivrognes et à leurs descendants.

Pour les premiers, il réclame la création d'*asiles spéciaux pour alcoolisés*, comme il en existe en Amérique, en Angleterre, en Suisse et en Allemagne. Il voudrait, conformément aux vœux des Congrès contre l'alcoolisme de Bruxelles de 1880 et de Paris de 1889, que les alcoolisés reconnus dangereux puissent être mis en interdiction sur la requête de leurs familles, à la demande du Ministère public et

qu'ils puissent être colloqués, pendant un temps à déterminer, dans des établissements spéciaux, organisés pour leur détention et leur guérison.

Quant aux enfants des buveurs, pauvres martyrs exploités par leurs parents et qu'il faut soustraire à tout prix au milieu délétère qui les empoisonne et développe en eux les vices et les mauvais instincts, l'auteur ne voit d'autre moyen pour les sauver que de les retirer à leurs parents. Si les législations actuelles n'en fournissent pas les moyens, il faut *d'urgence* faire adopter une loi permettant aux tribunaux de retirer la puissance paternelle aux parents indignes qui, par leur ivrognerie habituelle, compromettent soit la santé, soit la sécurité, soit la moralité de leurs enfants.

Ce sont des mesures utiles et nécessaires auxquelles il est grand temps de recourir dans l'intérêt des nations et de l'humanité.

Les prisons-asiles et les réformes pénales qu'elles entraînent. — MM. DE BOECK et OTLET, de Bruxelles, résument leur travail sous la forme d'un projet de loi inspiré très directement des propositions législatives dont sont actuellement saisies les Chambres belges et italiennes.

Art. 1^{er}. — Il sera établi, aux frais de l'État, sous la dénomination d'« asiles spéciaux », des asiles affectés à l'internement et au traitement des aliénés des deux sexes qui sont l'objet de la présente loi.

Art. 2. — Ces asiles seront destinés :

1° A tous ceux qui, soit dans un asile d'aliénés, soit en dehors d'un asile, étant en état de trouble mental et ayant des mœurs dépravées ou des habitudes perverses, ont commis ou tenté de commettre un des actes qualifiés crimes ou délits par la loi;

2° A tous ceux qui, condamnés à des peines d'emprisonnement pour crimes ou délits, seront atteints, de troubles mentaux au cours de leur détention;

3° A tous les prévenus de crime ou délit à charge desquels les faits matériels de l'infraction ont été prouvés, mais qui sont reconnus par expertise médicale en état de trouble mental.

Art. 3. — L'entrée à l'asile spécial des aliénés criminels et des détenus aliénés sera ordonnée par le président du tribunal sur certificat médical déclarant que l'aliéné est dans les conditions de trouble mental exigées par la loi.

L'entrée à l'asile des prévenus renvoyés des poursuites ou absous du chef d'aliénation mentale se fera par simple jugement du tribunal saisi de la poursuite ou par ordonnance de la chambre du conseil. En matière criminelle, le jury devra déclarer qu'il acquitte pour cause d'aliénation mentale, et la Cour, comme conséquence de ce verdict, devra ordonner le transfert de l'accusé à l'asile spécial.

Art. 4. — La sortie aura lieu sur certificat du médecin de l'asile spécial, appointé par le président du tribunal.

Pour les aliénés criminels et les prévenus aliénés, ce certificat portera que l'aliéné a cessé de manifester des tendances à des habitudes perverses ou à des mœurs dépravées. Ils seront alors transférés à l'asile ordinaire ou remis en liberté si la guérison est survenue.

Les détenus aliénés continueront en tout cas à séjourner dans l'asile, à moins que leur guérison ne permette leur retour à la prison.

Art. 5. — Le temps passé dans l'asile spécial par les condamnés aliénés sera défalqué de la durée de leur peine.

Art. 6. — Toute personne détenue dans un asile spécial de l'État ou toute autre personne intéressée pourra en tout temps se pourvoir devant le président du tribunal de première instance séant au lieu de la situation de l'asile et demander, par requête, qu'il soit mis fin à son internement.

Le président du tribunal statuera après s'être fait adresser un rapport par le médecin-directeur de l'asile. Il pourra, le cas échéant, faire rédiger ce rapport par un ou plusieurs médecins étrangers à l'asile.

Art. 7. — L'expertise médicale devra être ordonnée, soit par le juge d'instruction, soit par le tribunal, comme devoir d'instruction, chaque fois que les renseignements sommaires sur les délinquants seront de nature à faire présumer l'aliénation mentale.

M. GODDYN, juge à Gand, appuie les conclusions des rapporteurs sauf sur quelques points de détail et en signale les conséquences légales, notamment l'entrée à l'asile ordonnée par le président du tribunal et non par l'administration. L'asile ouvert aux acquittés, à raison de leur trouble mental et le verdict d'acquittement motivé.

M. CHARPENTIER, médecin-aliéniste de la maison de Bicêtre, entre dans de longs développements pour expliquer que la valeur de l'asile spécial dépendra tout entière du règlement qui y sera appliqué. Il présente à l'appui plusieurs observations pratiques. Il démontre que le transfert de l'asile ordinaire à l'asile spécial et vice-versa, aura des inconvénients administratifs et financiers qui n'existent pas quand le quartier de sûreté existe à l'asile ordinaire.

M. GIRAUD, directeur de l'asile de Saint-Yon (France), déclare qu'il voit un inconvénient à confondre les aliénés dangereux avec les condamnés aliénés.

L'inversion génitale et la législation. — Le D^r DERODE, de Louvain, montre chez les invertis une prédisposition névropathique, héréditaire d'une part, éducation vicieuse d'autre part. Ces deux

facteurs interviennent dans la genèse des habitudes de pédérastie. Si nous sommes à peu près impuissants pour guérir l'une, nous pouvons peut-être beaucoup pour prévenir l'autre. Cette considération doit préoccuper les pouvoirs publics aussi bien que les pères de famille et ceux qui sont chargés de l'éducation de la jeunesse.

La société doit protection aux faibles, défendre ceux que leur jeune âge ou leur ignorance abandonne sans défense aux plus honteuses séductions. L'excitation à la débauche des mineurs, la profanation de l'enfance, voilà ce qu'il faut prévenir ou réprimer. Cette protection des mineurs devrait s'étendre bien au delà de l'âge de 13 ou de 14 ans auquel elle est limitée dans la plupart des codes. C'est à l'époque où les premières passions s'éveillent et où se développent les phénomènes physiologiques de la puberté que le danger est le plus redoutable; c'est des impressions reçues à cette époque que dépend tout l'avenir moral de l'adolescent.

Ce n'est pas en distribuant quelques mois de prison aux séducteurs que cette protection se montrera efficace. Si la crainte du châtiment peut retenir quelques-uns d'entre eux, pour la plupart, en raison même de leur organisation cérébrale défectueuse, cette crainte ne sera qu'un frein impuissant. D'autre part, ce n'est pas le séjour en prison, surtout dans la prison en commun, qui est de nature à les *guérir*. Aussi, de tous les criminels, est-ce probablement parmi eux qu'il faudrait compter le plus grand nombre d'*incorrigibles*, et la nécessité de procéder à l'examen psycho-moral du prévenu ne s'impose en aucune manière d'une façon plus impérieuse que dans le délit de cette nature.

Il importe qu'on se prémunisse contre leurs entreprises; quel que soit le mode de coercition employé contre eux, qu'on les mette en prison ou qu'on les place dans un établissement plus approprié à leur état cérébral, il faut se souvenir que, dans la grande majorité des cas, *l'espoir d'obtenir un amendement serait une pure illusion*.

Il faudrait aussi surveiller de près cette prostitution pédéraste, vraie école de crimes, qui grouille dans les bas-fonds des grandes villes, réprimer les excitations de la vue et le scandale public.

Ici s'arrête l'intervention des pouvoirs publics. C'est aux pères de famille et à ceux qui sont chargés de l'éducation de la jeunesse qu'il appartient de suppléer à l'impuissance des lois.

Que les parents surveillent l'éducation de leurs enfants avec un soin d'autant plus jaloux que bien peu de familles sont complètement indemnes de quelque tare héréditaire. Qu'ils s'attachent à combattre les dangers qui entourent l'éveil de leurs sens, à prévenir l'influence des mauvais exemples, des mauvais compagnons, de tout ce qui est de nature à leur dépraver l'imagination. Qu'ils leur

enseignent les principes d'une morale virile et forte qui leur montre un autre but dans la vie que la jouissance, qui les détourne de cette préoccupation excessive de leur propre personnalité, de cet égoïsme ou individualisme que l'on trouve au fond de tant de névropathies.

Les établissements d'instruction, et spécialement les internats, offrent plus d'un danger. Que ceux qui les dirigent ne choisissent comme collaborateurs que des personnes sûres et d'une moralité à l'abri de tout reproche. Qu'ils se défient des intimités suspectes et de ces amitiés qui ont toute l'ardeur et tous les caractères passionnés de l'amour. Qu'ils sachent sacrifier sans hésitation ceux dont la perversion précoce ne tarderait pas à jeter les germes de la contagion parmi leurs camarades.

Qu'ils s'occupent aussi de l'éducation physique des enfants. Qu'avec les exercices intellectuels ils fassent alterner les exercices du corps, les promenades, les jeux au grand air, la gymnastique, la natation, la course. C'est par le développement harmonique du corps et de l'esprit qu'ils feront des hommes forts ou des femmes saines, à l'abri des névroses, capables de résister aux sollicitations des passions malsaines; c'est par cette hygiène morale qu'ils combattront efficacement les effets des germes qu'aurait pu déposer dans le cœur de leurs élèves quelque hérédité pathologique.

M. le professeur HUBERT, de Louvain, soutient que les invertis du sens génital, avant toute procédure, doivent être soumis à l'examen du médecin. Le médecin seul a compétence pour décider si le prévenu est un aliéné irresponsable, à colloquer dans un hospice où l'on peut essayer de le guérir, ou un vicieux et un criminel, à envoyer devant des juges. Pour le vicieux ou le vicié, je demande la sévérité : l'inverti doit être mis hors la société et placé au rang de la bête, dont il a pris le caractère, parce qu'il déshonore l'espèce et qu'il est devenu dangereux. Il ne peut, en effet, arriver à ses fins sans corrompre ou pervertir les autres.

Il insiste sur le rôle de la volonté dans les impressions, et proclame qu'il a conscience d'être l'habitant de son cerveau et se refuse à voir dans cet appareil une sorte de bureau télégraphique sans télégraphiste dedans. Il n'est pas un appétit qui ne nous conduise à une maladie ou à un vice, si nous nous laissons dominer par lui. Au moral comme au physique, nous devons faire effort pour nous tenir debout. Et celui qui succombe est plus responsable qu'on ne l'admet depuis quelque temps.

L'honorable rapporteur estime qu'on abuse de la clémence à l'égard de nombre d'invertis.

M. le D^r LEFEBVRE, de Louvain, reconnaît l'influence de l'organisme sur ses déterminations, mais soutient que le cerveau n'en est

pas moins l'instrument d'un être libre. Il y a quelque chose au dessus de la matière. La matière animée ne serait pas à elle seule capable d'héroïsme et de charité. La part de l'organisme n'en est pas moins grande. Mais combien de criminels devenus irresponsables pour avoir commencé par la responsabilité? C'est dans cette catégorie que l'orateur range la plupart des invertis.

M. CH. PLOIX les croit pour la plupart des obsédés pathologiques.

M. MAGITOT attribue de nombreux cas d'inversion à des anomalies dans l'évolution embryologique des organes de Wolff. Ces cas sont tératologiques. Il y a là des victimes et non des coupables.

En terminant, le Congrès a émis les vœux suivants :

1° Que des cours d'anthropologie criminelle soient créés dans les universités et rendus obligatoires pour les étudiants en médecine et en droit ;

2° Que la médecine légale soit officiellement enseigné aux étudiants en droit et sanctionné par un examen ;

3° Que le signalement anthropométrique soit adopté et généralisé dans tous les pays ;

4° Qu'il soit créé des asiles spéciaux, distincts des prisons et des asiles d'aliénés existants ;

5° Que les colonies d'éducation correctionnelle prennent le titre d'asiles ou d'écoles comme en Belgique ;

6° Qu'il y ait lieu d'organiser dans tous les pays une inspection médicale des détenus comme en Belgique ;

7° Que les statistiques criminelles soient mises en rapport avec les fluctuations économiques qui peuvent influencer la marche de la criminalité ;

8° Que la feuille de renseignements jointe actuellement aux dossiers criminels et correctionnels soit complétée par une feuille de renseignements relatifs à la personnalité physiologique, psychologique et morale du prévenu, afin de permettre aux magistrats et aux avocats de juger de l'opportunité d'une expertise médicale.

J. M.

Congrès de Médecine mentale tenu à Blois du 1^{er} au 6 août 1892
(compte-rendu par le D^r DENY, d'après la *Sem. méd.* et le *Progr. méd.*, 1892).

Du délire des négations ; sa valeur diagnostique et pronostique,
par M. CAMUSET. — D'après Cotard le délire des négations serait une psychopathie comparable au délire des persécutions de Lasègue. Elle se reconnaît aux caractères suivants : 1° anxiété mélancolique ;

2° idée de damnation et de possession; 3° propension aux suicides et aux mutilations volontaires; 4° analgésie; 5° idées hypocondriaques de non-existence ou de destruction de divers organes, du corps entier, de l'âme, de Dieu, etc.; 6° idée de ne pouvoir jamais mourir. Pour Cotard, ce délire est donc une maladie particulière, une entité nosologique définie; devenu chronique, il se systématisait de plus en plus et son dernier terme est la démence.

Le délire des négations peut se présenter : 1° à l'état de simplicité; il se rattache ordinairement alors aux vésanies intermittentes; 2° comme symptôme de la paralysie générale; 3° associé avec le délire des persécutions. Enfin, il évolue parfois sur un fond hystérique.

Les observations cliniques, appuyent-elles la doctrine de Cotard? La plupart des aliénistes consultés par C. ont répondu par la négative. Tous ont noté des idées de négation dans des états psychopathiques divers; aucun n'a rencontré le type décrit par Cotard.

En résumé, s'il est vrai que dans certains cas de mélancolie avec grande anxiété, on observe parfois cette association d'idées de négation, de damnation ou de possession, et d'immortalité, ces cas n'ont pas toujours des caractères assez spécifiques pour qu'il soit légitime de les réunir en une espèce nosologique nouvelle.

D'après Régis, l'histoire du délire des négations tient entière dans quatre travaux de Cotard, corroborés par ceux de Séglas. De l'ensemble de ces travaux se dégagent très nettement certaines données.

Il existe un état psychopathique essentiellement caractérisé par de l'anxiété mélancolique, de l'analgésie, de la propension au suicide et aux mutilations volontaires, des idées hypocondriaques de non-existence et de destruction d'organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu, des idées de damnation et de possession, des idées de ne pouvoir jamais mourir, état de chronicité spéciale à certaines formes graves de mélancolie anxieuse intermittente ou par accès. Cet état, appelé à tort, *délire des négations*, n'a pas été considéré par son auteur comme une entité morbide, mais, comme un état psychique propre aux anxieux chroniques, c'est-à-dire comme un syndrome.

En dehors de ces variétés de mélancolie anxieuse, grave, où il se présente sous une forme simple, pour ainsi dire typique, cet état s'observe encore dans d'autres maladies mentales (paralysie générale, hystérie et certaines aliénations complexes) tenant à la fois du délire de persécution et de la mélancolie. Mais ici, il se limite souvent à quelques-uns de ses phénomènes constitutifs, particulièrement au délire hypocondriaque de non-existence ou de destruction générale ou partielle de l'individu, c'est-à-dire au délire des négations.

Il ne semble pas, dans ces conditions, que l'œuvre de Cotard ait subi une atteinte sérieuse du fait de l'étude critique de Camuset; tout ce qu'on pourrait dire, c'est que l'idée hypocondriaque de négation, comme toutes les idées délirantes, se rencontre assez fréquemment à titre de symptôme dans plusieurs maladies mentales, tandis que sous sa forme typique, c'est-à-dire jointe aux autres éléments du syndrome et compliquant la mélancolie anxieuse chronique, elle paraît plus rare.

Rare ou non la mélancolie anxieuse chronique avec son syndrome spécial n'en existe pas moins d'une façon certaine.

Ségas s'est montré trop généralisateur; le délire des négations n'est pas une entité, et à côté des cas représentant l'évolution typique de Cotard, C. montre qu'il en est d'autres dont le tableau clinique est différent. C'est là un fait indiscutable, mais est-ce une raison suffisante pour y voir une contradiction aux idées de Cotard? Ces cas différents ne seraient-ils pas seulement de simples variations du type décrit par lui? Le délire des négations représente aujourd'hui ce qu'était le délire des persécutions du temps de Lasègue; des recherches ultérieures ont permis de distinguer des variétés parmi les délires de persécution qu'il avait décrits en bloc, et la distinction a fait disparaître les contradictions et les lacunes.

Il importe donc d'établir un groupement parmi les négateurs, une fois qu'on a reconnu qu'il existe bien des cas correspondant à la description de Cotard. Tout d'abord, il peut s'agir de simples idées de négation, ou d'un délire négatif plus ou moins systématisé.

1° Les *idées de négation* se reconnaissent surtout dans le délire hypocondriaque de la paralysie générale. Elles ne sont pas pathognomoniques, mais, dans ce cas, elles revêtent le caractère diagnostique d'absurdité, de mobilité, de diffusion, de contradiction propres aux délires paralytiques. De plus, ce délire spécial débute soudainement et l'indifférence des malades contraste avec leurs idées hypocondriaques.

Ces mêmes caractères s'appliquent aussi aux idées de négation que l'on rencontre dans les délires polymorphes des faibles d'esprit. Pour trancher la question des signes pathognomoniques habituels de la paralysie générale, ils peuvent être nécessaires.

Les idées de négation se rencontrent aussi chez les séniles; tantôt en rapport avec la démence sénile simple, résultat d'anxiétés portant le malade à nier ce dont il ne se souvient plus; tantôt en rapport avec des phénomènes démentiels, résultant de lésions localisées; tantôt faisant partie de la symptomatologie d'un accès vésanique à début tardif: elles peuvent, en ce cas, se systématiser et l'on rentre alors dans les formes habituelles aux individus plus jeunes.

Enfin, les idées de négation se rencontrent aussi dans l'alcoolisme.

2° *Délire des négations systématisées.* — Il ne s'agit plus ici d'épisodes, mais de systèmes délirants : la plupart du temps on a affaire à des psychoses et le plus fréquemment à la mélancolie.

a) Les idées de négation ne sont pas rares chez les mélancoliques, mais ces mélancoliques négateurs doivent-ils former une classe à part ? Camuset pense que non, car tous ne présentent pas la symptomatologie et l'évolution typique des malades de Cotard. Mais les différences de symptomatologie se réduisant surtout à l'absence des idées de damnation, de possession, d'immortalité, ont-elles l'importance que semble leur attribuer Camuset ? En fait, ces idées ne sont pas indispensables pour constituer le délire des négations. Ce sont des idées surajoutées.

b) Le délire des négations systématisées ne se rencontre que dans la mélancolie. Cotard l'avait déjà trouvé à côté d'idées de persécution. Witkowski a décrit une modalité intermédiaire à la mélancolie vraie et à la *Verrücktheit*, comprenant les gens déprimés en permanence, certains négateurs, sceptiques, damnés, pourris, immortels. Kröpelin décrit une forme le *depressive Wahnsinn*, avec idées hypocondriaques, idées d'auto-accusation, de culpabilité, de négation, d'énormité, de grandeur. Cette forme, produit d'un cerveau peu valide, est distinguée par l'auteur de la mélancolie vraie, à cause de l'absence, au début, de phénomènes émotionnels.

Il existe des cas qui, sans rentrer dans ce cadre, montrent le délire des négations se développant en dehors de la mélancolie avec des caractères tout différents de ceux du délire des négations mélancoliques. Il n'est plus secondaire à des troubles émotionnels ; au lieu d'être monotone, il est progressif, sans aucun caractère d'humilité ; le malade ne s'accuse pas mais accuse d'autres personnes ; il n'est ni passif ni résigné, mais proteste et résiste ; son délire, de plus, n'envisage jamais l'avenir, mais le passé.

Les idées de négation sont rares chez les persécutés ; s'ils se plaignent parfois qu'on détruit leurs organes, qu'on enlève leur pensée, ils ne tardent pas à rentrer en possession de ce qu'on leur a pris. Lorsqu'on rencontre chez eux de véritables idées de négation, on trouve en même temps des hallucinations kinesthétiques, des impulsions de toute espèce, signes d'un dédoublement de la personnalité et très voisins de l'idée de possession.

La présence de ces symptômes montre qu'ici, comme chez le mélancolique, le délire des négations est d'origine psycho-motrice.

3° Le pronostic ne peut être fixé d'une manière absolue. Les idées de négation hypocondriaque semblent indiquer un désordre plus profond, car elles sont en rapport avec des modifications de la base organique, première, de la personnalité. Le délire des négations,

semble d'un pronostic grave, mais parfois il guérit. On doit s'inspirer pour le pronostic de la détermination de l'espèce nosologique de tous les détails particuliers relatifs au malade et à la maladie. Toutefois l'idée de négation semble être l'apanage de cerveaux invalides, soit congénitalement, soit à la suite de désordres psychiques antérieurs. On la rencontre dans les mêmes circonstances que les idées de grandeurs, auxquelles elles peuvent être assimilées au point de vue du pronostic.

M. FALRET déclare qu'en établissant l'existence du délire des négations, Cotard a fait faire un très grand progrès à l'étude des mélancolies. L'évolution de cette forme délirante se rapproche beaucoup de celle du délire des persécutions de Lasègue. Les malades sont des types de mélancolie anxieuse. Ils manifestent des idées d'incapacité et de culpabilité. Ils sont indignés, damnés, on va les guillotiner. A une phase plus avancée, l'hypocondrie physique se manifeste par des idées d'absence et de destruction d'organes et de viscères. Puis les idées de négation se portent sur le monde extérieur : les sujets n'ont plus de parents, plus de famille. Ils nient tout.

Quelquefois on constate un délire d'énormité, ou un délire de grandeurs à rebours ou à forme mélancolique.

Mais à côté de ce *délire des négations essentielles*, il y a des *idées de négation* qui peuvent venir compliquer un grand nombre d'états morbides, paralysie générale, mélancolie, délire des persécutions, etc.

Le délire des négations comme le délire des persécutions peut être idiopathique ou symptomatique.

M. CARRIER a observé quatre cas de délire des négations qui paraissent devoir s'ajouter à ceux qu'a réunis M. Camuset. D'après ces faits, cette forme délirante a une évolution spéciale bien différente de celle de la mélancolie anxieuse proprement dite et elle n'a en particulier aucune tendance à la guérison.

Tandis que les mélancoliques anxieux ordinaires sont le plus souvent guéris par le traitement opiacé à doses progressives, les mélancoliques hypocondriaques *négateurs* ne sont nullement influencés par ce mode de traitement.

Ces deux genres de malades se distinguent par plusieurs points (expression symptomatique de la maladie, son évolution et la différence d'action du même traitement). Est-ce assez pour affirmer deux maladies distinctes? C. croit que le délire des négations constitue une phase plus avancée de la mélancolie anxieuse. Cliniquement on ne saurait les confondre mais, pratiquement, on doit se comporter différemment dans l'un et l'autre cas.

M. CHARPENTIER a vu plusieurs malades à idées de négation, mais il n'en a pas rencontré un seul du type de Cotard.

Les faits décrits par Cotard relèveraient de l'hypocondrie, de la mélancolie anxieuse et du délire des persécutions, de telle sorte qu'il n'y aurait de nouveau que le mot qu'il lui a consacré.

M. VALLON partage l'avis de Régis. Il ne croit pas que Cotard ait eu l'intention d'ériger le délire des négations en entité morbide distincte. En dehors des idées de négation propres à diverses formes d'aliénation mentale, il faut considérer le délire des négations type comme une phase de l'évolution des mélancolies chroniques.

Cette période de négation dans les mélancolies chroniques est précédée d'une autre période insuffisamment mise en lumière, d'une période de *doute* caractérisée par des idées délirantes d'*interrogation*. Avant de nier l'existence de quelque chose, de quelqu'un, de lui-même, le malade doute de l'existence de ce quelque chose, de ce quelqu'un, de lui-même. Entre ces deux périodes, il est une phase dans laquelle se mélangent et l'interrogation et la négation.

D'après M. RITTI cette phase d'interrogation, a déjà été décrite par Lasègue sous le nom de *mélancolie perplexe*; c'est elle qui caractérise la première période de la mélancolie anxieuse.

Pour M. GARNIER cette différence d'interprétation de Régis et Camuset semblerait indiquer que l'idée de Cotard ne se dégage pas d'une manière très positive. Qui a raison? Il faut prendre la tentative de Cotard pour ce qu'elle paraît être réellement, à savoir la création d'un type nosologique analogue au délire des persécutions de Lasègue. A ce titre, G. ne peut l'admettre.

Ce serait, dans la variété des délires mélancoliques, l'analogue de ce qui se passe dans le délire chronique des persécutions.

Garnier croit que Cotard a été entraîné par un besoin hâtif de généralisation. Il n'a pu retrouver le type morbide Cotard.

G. a constaté, des idées de négation chez des lypémaniques anxieux. La négation est, du reste, dans la disposition, la tournure morale du mélancolique anxieux; la non-existence est une tristesse et, pour lui, la tristesse est dans tout. La négation est sa formule de désespérance absolue; de là « sa *nihilomanie* systématique. » Il ne nie que pour *affirmer* son malheur, son immense détresse. Cela est si vrai que, dans son besoin d'attester sa situation lamentable, ce négateur va déclarer qu'il est condamné à l'immortalité afin de toujours souffrir.

Or, qu'y a-t-il de plus contradictoire avec l'idée de négation et l'idée de non-existence que celle d'immortalité? Les idées de négation doivent être envisagées comme une formule adéquate au sentiment que le mélancolique a de sa position misérable.

M. G. BALLET. — La question ne peut pas se résoudre par des considérations théoriques; c'est avec des faits que nous devons nous efforcer de lui trouver une solution.

Il ne sait pas si Cotard a eu la prétention d'établir une entité morbide irréductible du reste; mais, ce qui est incontestable, c'est qu'il a décrit un type particulier de vésaniques. Les observations qui lui ont servi à édifier ce type sont-elles probantes? La réponse ne saurait être douteuse, et la meilleure preuve qu'on puisse en fournir, c'est que le type de Cotard a été retrouvé dans son intégrité par d'autres observateurs. Il se range à l'avis de Falret et croit que le nom de délire des négations de Cotard mérite d'être conservé.

M. ROUBY est d'avis qu'il faut considérer le délire des négations comme le résultat de troubles hallucinatoires qui doivent être rattachés à une altération du grand sympathique.

Du secret médical en médecine mentale, par THIVET. — Il n'est peut-être pas de question plus difficile à résoudre, dans certaines conditions, pour le médecin que celle du secret professionnel auquel il est lié par l'article 378 du Code pénal. En médecine mentale, ces difficultés augmentent encore; elles sont inhérentes à la nature même du sujet et, malgré tous nos efforts pour sortir de l'obscurité, nous devons reconnaître que, sur bien des points, nos hésitations trahissent notre incertitude, alors qu'un article de loi et notre conscience nous sollicitent à la fois dans un sens différent.

De toutes les questions susceptibles d'être posées au médecin d'une maison de santé, publique ou privée, la plus fréquente et peut-être la plus difficile à trancher est celle relative au mariage des aliénés.

L'aliéné mis en cause peut être franchement guéri, ou bien être dans une intermittence ou simplement en rémission, mais incurable. Le secret doit-il être absolu ou relatif? Pour Brouardel, le secret est toujours inviolable, quelles que soient les conditions dans lesquelles il se présente, à moins que les parents aient donné *par écrit* le droit de dire la vérité. Mais là encore on se trouve en présence d'une difficulté.

La famille nous délie du secret et ajoute : Dites la vérité ! Quelle vérité allons-nous avouer? Celle que nous avons donnée à la famille de notre malade; mais elle n'est que relative et alors nous trompons la personne qui nous interroge. La vérité vraie, complète? Mais alors nous allons bien au-delà de ce que la famille nous a autorisé à dire.

Voilà bien la question du secret absolu ou relatif. Certes, les arguments présentés en faveur du secret absolu sont séduisants, et cependant beaucoup de médecins pensent qu'il est des cas et des

situations où les prescriptions légales peuvent être élucidées et où nous ne devons prendre conseil que de notre raison et de notre conscience. Se taire en se retranchant derrière l'art. 378, semble d'un rigorisme exagéré, contraire même parfois à la morale sociale et aux devoirs professionnels, parce que le médecin doit être un honnête homme avant tout et qu'il est souvent un père de famille.

En résumé, deux opinions se trouvent en présence : la première prescrivant le secret absolu dans ces cas, la seconde permettant d'analyser, de poser les conditions dans lesquelles nous pouvons ou nous devons répondre.

D'autres fois, la question se pose différemment : les deux futurs conjoints sont parfaitement sains l'un et l'autre, mais dans la famille de l'un d'eux il y a eu un ou plusieurs parents, proches ou éloignés, qui ont été traités pour une maladie mentale. On veut savoir si le mariage projeté pourra être nuisible à l'un ou l'autre des conjoints et surtout à leur descendance.

Dans le cas de l'affirmative, le médecin doit prévenir d'abord son client, puis les parents du malade et, s'il n'est point écouté, leur déclarer son intention irrévocable de faire sentir à la famille qui le consulte la nécessité d'ajourner le mariage ou d'y renoncer complètement. Si cette opinion prévalait, le secret médical risquerait de perdre son caractère ; nous sortirions de notre rôle en nous constituant ainsi et d'emblée gardiens vigilants de la santé intellectuelle des familles.

En troisième lieu, devons-nous la vérité tout entière à la femme ou au mari, lorsque l'un des deux est atteint d'aliénation mentale et confié à nos soins ? Dans la grande majorité des cas, nous n'hésitons pas, en pareil cas, à donner le diagnostic ou le pronostic ; cependant, il peut arriver que nos confidences soient mises à profit par celui qui les réclame au grand détriment du malade.

Passant à un autre ordre d'idées, T. aborde la question de savoir dans quelle mesure on peut publier les observations de malades sans être exposés à être condamnés pour violation du secret professionnel. Ici, c'est une question de tact de la part du médecin : il faut évidemment s'attacher dans la rédaction des observations, à sauvegarder à la fois les intérêts moraux du malade et l'intérêt scientifique des archives cliniques qui sont la base de nos études.

Il est encore bien d'autres circonstances (demandes de renseignements, de certificats, de rapports médico-légaux, etc.), dans lesquelles le médecin pourra hésiter sur l'interprétation de l'art. 378. Aucune règle fixe ne peut être posée à ce sujet *a priori* ; il faut individualiser chaque cas et donner à chacun la solution qui convient.

M. ROUBY examine si l'art. 378 est applicable dans les deux circonstances suivantes :

1° Lorsque le médecin est accusé publiquement de séquestration arbitraire et qu'il parle pour se défendre; 2° Lorsque les faits relevés contre lui ont une telle notoriété que le secret n'existe plus, et que ses paroles et ses écrits n'apprennent plus rien à personne.

Pour R., dans ces deux circonstances, le médecin est autorisé à ne pas se retrancher derrière le secret professionnel; dans le premier cas, parce qu'il peut se considérer comme en état de légitime défense, et dans le second, parce qu'il serait ridicule à lui de prétendre céler des faits connus de tous. À l'appui de sa manière de voir, R. rappelle ce qui s'est passé lors de l'internement du baron Seillière. Son médecin, le Dr Falret, fut attaqué dans tous les journaux; il déclara publiquement que le baron Seillière était un véritable aliéné et décrivit les symptômes de la maladie qui avaient motivé l'internement. Tous ses collègues lui donnèrent raison, mais il n'en est pas moins vrai que ce jour-là le Dr Falret s'est exposé à être poursuivi et condamné pour violation de l'art. 378, ainsi que cela m'est arrivé à moi-même dans des circonstances analogues.

M. PARANT va plus loin que M. Rouby; il n'admet pas que légalement on puisse défendre le secret médical en médecine mentale. Ce secret n'est-il pas violé, en effet, tous les jours par le médecin qui rédige les certificats constatant l'état mental des aliénés qui leur sont confiés, certificats qui passent dans un très grand nombre de mains, qui sont copiés sur des registres tenus à la disposition d'un grand nombre de personnes, etc., etc.? Mais si, théoriquement, le secret médical est un leurre en médecine mentale, en pratique les médecins ne doivent pas moins se conduire comme s'il existait réellement et s'abriter derrière l'art. 378 pour se taire dans toutes les circonstances autres que celles où la loi les autorise à parler.

M. GIRAUD déclare qu'il n'y a que deux circonstances dans lesquelles il soit impossible de se retrancher derrière le secret professionnel : la première, quand la famille du malade, confié à nos soins désire avoir des renseignements sur son état mental; la seconde, quand ces renseignements sont demandés par l'autorité judiciaire et administrative, c'est-à-dire par les personnes énoncées à l'art. 4 de la loi de 1838. En dehors de ces deux cas, le devoir est de se taire, quelles que puissent être les conséquences du silence.

M. VALLON rappelle qu'un côté intéressant du secret professionnel pour les aliénistes est celui qui a trait à la correspondance du malade avec le dehors. De nos jours, on veut que l'aliéné placé dans un établissement spécial ne soit pas retranché du reste de la société, qu'il puisse correspondre avec ses parents, avec ses amis.

L'interdiction complète d'envoyer des lettres serait évidemment trop absolue; d'autre part, une trop grande liberté dans la correspondance peut offrir des inconvénients graves et pour le malade et pour le médecin. Le malade ne se rendant pas compte de sa situation peut faire connaître son état mental à des gens qu'il n'aurait pas voulu prendre pour confidents, et auxquels il laisse ainsi des documents établissant qu'il a été aliéné.

Les inconvénients ne sont pas moins graves pour le médecin qui peut se voir poursuivi dans la suite par son malade, en droit de lui reprocher de ne pas l'avoir protégé.

M. CHARPENTIER déclare que le secret médical n'est qu'une variété du secret en général qui, lui, n'est qu'une forme du devoir. Il n'y a vraiment que deux cas dans lesquels la violation du secret professionnel puisse avoir des conséquences graves : c'est quand elle est déterminée par un intérêt personnel ou faite dans l'intention de nuire. En dehors de ces deux circonstances la violation du secret ne saurait guère être incriminée; elle est du reste monnaie courante, et loin de restreindre les cas où il est permis de violer le secret professionnel, il serait plutôt désireux de les étendre. Le médecin-aliéniste devrait être autorisé à signaler aux autorités les cas de folie dangereuse dont il peut avoir connaissance dans l'exercice de sa profession, tout comme le médecin ordinaire à l'égard des cas de maladie contagieuse.

M. RÉGIS. — En ce qui concerne les mariages des aliénés ou de leur descendance, il est partisan du secret absolu, à moins que la famille du malade ne l'ait autorisé par écrit à donner les renseignements demandés. De même il estime qu'il ne faut donner des nouvelles d'un aliéné ou le laisser voir que si on y est autorisé également par écrit. Enfin, relativement à la question de la correspondance, il pense que pour se mettre à l'abri de reproches, il faut s'entendre avec la famille sur les personnes avec lesquelles l'aliéné aura le droit de correspondre.

M. GARNIER est un partisan décidé de l'inviolabilité absolue du secret. Il n'y a pas de circonstance qui nous relève de ce secret et rien ne serait plus dangereux que de permettre à chacun de nous d'analyser et de discuter les conditions dans lesquelles il peut parler.

Nous ne pouvons d'abord jamais nous flatter de connaître tous les éléments de la question; nous sommes impressionnés surtout par les conséquences immédiates de notre silence et nous oublions qu'il peut y en avoir d'autres plus éloignées qui nous échappent et dont nous pourrions un jour être rendus responsables. Le secret médical est d'intérêt social. Dans la pratique cet intérêt peut se trouver en contradiction avec les intérêts particuliers, ceux du médecin ou ceux

du malade. Dans les deux cas, il doit être absolu ; mais, contrairement à l'opinion de Roubi, c'est surtout quand son intérêt personnel est en jeu que le médecin doit avoir le courage de se taire.

En ce qui concerne les observations de nos malades, il est incontestable que nous avons le droit de les publier, mais en leur donnant un caractère impersonnel au point de vue social tout en les individualisant au point de vue scientifique.

M. A. VOISIN est aussi partisan convaincu du secret absolu, mais il pense qu'il y a toujours moyen d'empêcher des mariages funestes par l'union d'individus qui présentent une tare héréditaire, sans violer le secret médical. Dans ce but il se réunit au médecin de la famille une fois, deux fois, et, si cela est nécessaire, nous demandons quelques renseignements qui, finalement finissent par jeter le doute dans l'esprit des familles et deviennent une cause de rupture. Le danger est alors écarté sans qu'il y ait eu violation du secret professionnel. Il faut en un mot savoir concilier les exigences de la loi avec celles non moins impérieuses de la conscience.

Les colonies d'aliénés, par M. RIV. — Pour remédier à l'encombrement des asiles publics par les aliénés incurables, le Congrès de 1889 a émis le vœu qu'il fut établi des colonies agricoles à proximité de tous les asiles. Il a été également décidé que ces colonies ne recevraient que des aliénés ou idiots valides, paisibles, et ayant achevé à l'asile leur période de traitement ou d'observation.

Tout le monde est d'accord : 1° les malades trouvent de grands avantages au système de la liberté et du travail en plein air ; 2° on peut contribuer au bien-être et au traitement des malades en leur donnant toute la liberté compatible avec leur propre sécurité et avec celle de la société.

R. ne pense pas qu'on puisse créer en France des colonies comparables à celles de Gheel, qui est le résultat d'une longue tradition perpétuée de génération en génération ; il espère que le Congrès de Blois voudra bien renouveler le vœu des Congrès de 1878 et de 1888 en faveur de l'établissement de colonies agricoles annexées aux asiles.

M. CHRISTIAN. — Les avantages que procurent les travaux agricoles aux malades des asiles ne sont contestés par personne ; on doit les développer dans la plus large mesure possible ; il ne croit pas qu'on doive fonder des colonies agricoles à côté des asiles existants ; ces fondations exigeraient des dépenses considérables.

Il voudrait que l'asile d'aliénés arrivât de plus en plus à ressembler à un hôpital ordinaire. Il voudrait même que toute législation spéciale aux aliénés fût supprimée et qu'on les considérât purement et simplement comme des malades ordinaires.

M. FÉRÉ. — La tradition enseigne qu'en France, le patronage familial des aliénés et de la colonisation ne peuvent pas être pratiqués dans les mêmes conditions que dans les pays voisins. M. le rapporteur a adopté, sur la colonie de Gheel, l'opinion peu favorable émise il y a plus de trente ans, par M. J. Falret. En supprimant purement et simplement l'histoire, pourtant assez instructive, de la colonie de Lierneux, il ne fait que suivre l'exemple de l'auteur d'un autre rapport lu au Congrès d'assistance publique en 1889 et il a obéi au désir de ne pas heurter les opinions courantes. M. Féré voudrait provoquer un essai pratique. Or, ce but est atteint, puisque le Conseil général de la Seine vient de voter l'établissement à Dunsur-Auron (Cher) d'une colonie familiale de cent déments séniles. Il ne reste maintenant qu'à juger l'épreuve.

Un des reproches qui ont été faits de l'assistance dans les familles repose sur la mortalité relative. Ce reproche peut trouver un appui dans une erreur qui s'est glissée dans les comptes rendus du Congrès de médecine mentale de Paris, qui attribue à la colonie de Lierneux une mortalité de 25 à 30 %. C'est là une erreur. De 12,45 % en 1888, elle est descendue à 10,80 % en 1889 et à 6,77 % en 1891.

Si l'on veut bien remarquer qu'une des statistiques les plus favorables, celle de la mortalité des malades au-dessus de dix ans, faite pour les asiles d'Écosse par Mitchell, donne 8,3 %, on pourra reconnaître que la statistique de Lierneux n'est pas trop décourageante.

M. BOURNEVILLE signale les moyens suivants qui peuvent remédier à l'encombrement des asiles :

1° *L'admission précoce* des malades, c'est-à-dire le plus près possible du début, ce qui donnerait plus de guérisons et moins d'incurables. Les préfets nuisent aux finances départementales et aux malades en ne secondant pas les médecins, unanimes sur ce point;

2° L'organisation de *sociétés de patronage* dans tous les départements, ce qui éviterait assurément un certain nombre de rechutes et permettrait de maintenir dans les familles un nombre plus ou moins grand de malades;

3° Le *patronage familial direct*, c'est-à-dire l'assistance des aliénés dans leurs propres familles avec un secours mensuel de 15, 20, 25 ou 30 francs, suivant les ressources de la famille et l'état mental du malade;

4° Les *colonies agricoles*, ou mieux le travail horticole et agricole, donnant aux malades la vie au grand air, avec une liberté relative;

5° Le *patronage familial indirect*, c'est-à-dire l'assistance dans des familles étrangères aux malades, à l'imitation de ce qui se fait à Gheel et à Lierneux, en Belgique.

En principe, B. est partisan de toutes les réformes et estime que l'essai qui va être tenté à Dun doit être suivi avec intérêt. B. pense que l'on aurait peut-être dû essayer du patronage familial direct, ou du patronage familial indirect, non pas à Dun, loin de Paris, mais dans les communes voisines des asiles de la Seine.

M. DENY pense qu'il y aurait un certain intérêt à jeter un coup d'œil sur le fonctionnement des asiles actuels et sur les améliorations que la création de colonies libres permettra de leur apporter.

Il a traité, depuis cinq ans, 725 malades, sur lesquels 306 ont été mis en liberté, 141 sont morts et 69 ont été transférés dans d'autres établissements.

Sur les 306 malades mis en liberté, 227 seulement doivent être considérés comme étant des cas de guérison, les 79 autres ayant été réintégrés à l'asile au bout d'un temps plus ou moins long. Le pourcentage de ces différents chiffres nous donne les résultats suivants : mortalité, 19,43 %; guérison, 31,3 %.

Cette proportion des guérisons n'est pas très élevée, puisqu'elle équivaut à peine au tiers des malades traités; elle ne pourra être plus élevée que lorsque ces asiles seront débarrassés du grand nombre d'incurables qui les encombre. Il faut remarquer, en outre, que les services de Bicêtre ne reçoivent guère de malades aigus, les aliénés n'y étant pas admis directement, mais seulement après avoir fait un séjour plus ou moins prolongé à Sainte-Anne.

Quant aux mesures les plus propres à remédier à l'encombrement des asiles par les sujets incurables, il se borne à les transcrire sous forme de conclusions :

- 1° Création de services spéciaux pour les épileptiques, les idiots, les imbéciles et les déments;
- 2° Création de colonies libres pour ceux de ces différentes catégories d'incurables qui sont inoffensifs.

M. CHARPENTIER déclare que l'encombrement résulte de la présence dans les asiles de gens qui ne devraient pas y être placés, que ce soient des vicieux, des ivrognes, des séniles, des idiots, des épileptiques. Peut-on les placer ailleurs dans de meilleures conditions? Trois modes de placement sont à l'étude :

1° *Les colonies annexées aux asiles d'aliénés*, partout où cela sera possible sans nécessiter des acquisitions trop onéreuses de vastes terrains;

2° *Les placements des aliénés dans leurs familles*, mode d'assistance auquel Bourneville semble donner la préférence.

3° *Les colonies familiales*, telles que celle de Dun-sur-Auron, dans le Cher, qui n'existe encore que sur le papier. Ch. n'est pas opposé à ce mode de placement mais il croit qu'on devra apporter

beaucoup de prudence dans la sélection des malades, afin d'éviter les accidents, et dans la sélection des familles pour empêcher le surmenage ou l'exploitation possible des aliénés qui leur seront confiés.

L'expérience seule pourra décider, quand elle aura été suffisamment prolongée, lequel de ces trois modes d'assistance des aliénés inoffensifs et incurables donne les meilleurs résultats.

Sur le caractère de certaines idées de persécution observées chez les dégénérés à préoccupations hypocondriaques ou mélancoliques, par M. G. BALLET. — Depuis le mémoire de Lasègue, les caractères qui différencient les unes des autres les idées longtemps confondues ensemble de persécution et de mélancolie ont été précisés avec netteté. Il est aujourd'hui de notion courante qu'entre le persécuté et le lyépémanique il y a toute la distance qui sépare le coupable de la victime : tandis que le premier s'en prend au monde extérieur des tourments dont il souffre, le second s'accuse lui-même ; aussi celui-ci est-il humble et résigné pendant que le persécuté est plus ordinairement agressif et révolté. Ces distinctions fondamentales ne sauraient être trop mises en lumière ; cependant elles ne sont pas absolument vraies dans tous les cas : il est telle circonstance où l'idée de persécution, nettement caractérisée pourtant, s'associe au sentiment d'humble résignation, de mésestime du moi qui constitue le fond ordinaire des états lyépémaniques. Les persécutés dont il s'agit accusent les autres, se plaignent de leurs agissements et de leurs manœuvres comme il convient à des persécutés ; mais ils s'accusent avant tout eux-mêmes ; ils ne se dissimulent pas qu'ils ont fourni le prétexte de la persécution et qu'à eux reviennent les premiers torts : ce sont des victimes, mais des victimes coupables, et non, comme les persécutés ordinaires, des victimes innocentes.

A l'appui de ces considérations B. rapporte cinq faits. Dans le premier il s'agit d'un individu à tares dégénératives, chez lequel on avait dû faire l'ablation de l'un des testicules, au cours d'une opération de cure radicale de hernie. Or, depuis cette opération, le malade présente des idées de persécution. Il est convaincu que ses camarades dans son bureau, ses collègues sur les différents points du réseau de la compagnie de chemin de fer à laquelle il est attaché, sont au courant de son infirmité. On chuchote autour de lui, on le regarde d'une certaine façon très significative. Il a entendu un jour un de ses camarades dire en passant près de lui : « Oh ! tu es eunuque. » Maintes fois on l'a appelé *vieux testicule*. Il y a eu au régiment caserné dans la ville qu'il habite une affaire de pédérastie. En diverses circonstances on a fait devant lui allusion à cette affaire ; on a murmuré en passant près de lui : « Tiens, tu es comme ça. »

Ce sont bien là des idées de persécution avec les interprétations délirantes, les hallucinations auditives qui accompagnent ordinairement ces idées. Ce persécuté, qui ressemble par la physionomie générale de son délire à tous les persécutés, s'en distingue cependant par un caractère de premier ordre. C'est à peine s'il en veut à ses persécuteurs. Il ne serait pas impossible qu'il les menaçât ou les frappât, mais s'il le faisait, ce serait plutôt sous l'influence d'un mouvement passager d'impatience ou d'emportement que pour satisfaire un sentiment de vengeance. Ses persécuteurs ne sont pas ses ennemis : « Ils n'ont aucune inimitié contre lui. » Alors pourquoi le poursuivent-ils de leurs obsessions ? C'est à cause de l'infirmité dont il est atteint, infirmité réelle qui chez un dégénéré (le malade est en effet un dégénéré) a été le point de départ d'un échafaudage d'idées morbides. Cet homme est désireux de se faire mettre un testicule artificiel : cette idée l'obsède. « Quand j'aurai mon faux testicule, dit-il, il suffira que je dise à un de mes amis : ce qu'on dit n'est pas vrai, pour que mon ami le répète. Et alors mes ennemis ardents, *qui n'ont aucune inimitié contre moi*, seront enchantés de la chose. »

Cette dernière phrase peint très bien les idées de persécution observées chez le malade : elle montre ces idées à cheval d'une part sur l'idée de persécution telle qu'on peut l'observer couramment, d'autre part sur l'idée mélancolique ou plutôt hypocondriaque. L'individu dont il s'agit se plaint des autres, sans doute, mais il se plaint surtout de son infirmité. On le persécute, c'est vrai, mais cette persécution a un motif que le malade reconnaît et dont il exagère considérablement l'importance. Il s'agit là, on le voit, d'un délire de persécution ayant pour point de départ une idée hypocondriaque et empruntant à ce point de départ certains caractères spéciaux.

Il pourrait encore citer quatre autres faits du même ordre. Tous concourent à montrer qu'à côté des hypocondriaques qui deviennent des persécutés vulgaires, il en est d'autres chez lesquels les idées de persécution affectent des caractères un peu spéciaux. Il a cherché, d'ailleurs, à établir que ces idées de persécution à physionomie anormale se rencontrent aussi dans certains états de dépression mélancolique. Il pense s'il était possible plus souvent d'analyser avec précision les caractères que l'idée de persécution revêt quand elle surgit au cours de la mélancolie, on constaterait probablement que d'ordinaire elle affecte la physionomie de celle dont il a parlé.

Cette physionomie s'explique par la nature du trouble fondamental d'où l'idée de persécution dérive et qu'elle accompagne. Les individus que poursuit l'obsession d'une infériorité dégradante ou d'une

culpabilité imaginaire ne peuvent être que ce qu'ils sont. Sans doute, ils n'ont pas toujours la résignation passive du mélancolique vulgaire, mais ils n'ont pas non plus les colères et les haines des persécutés ordinaires. Ils n'acceptent pas de gaieté de cœur et sans protestation les taquineries qu'on leur fait subir, mais tout en protestant ils semblent reconnaître que ces taquineries sont méritées et dans une certaine mesure légitimes.

Ces idées de persécution survenant chez des dégénérés ont de la tendance à affecter la marche rémittente qu'ont d'ordinaire les troubles mentaux chez ces malades. Leur évolution paraît entièrement liée, d'ailleurs, à celle du trouble fondamental (hypocondriaque ou mélancolique) qui leur aura donné naissance : transitoires et rémittentes quand l'idée hypocondriaque est susceptible de rémissions, plus tenaces quand la conviction malade première est elle-même plus durable.

M. RITTI fait remarquer à propos du premier malade dont Ballet a rapporté l'histoire qu'il y a déjà longtemps que les malformations congénitales des jeunes sujets ont été considérées comme une cause du délire des persécutés.

M. BALLET en convient mais ce qu'il a eu l'intention de montrer, c'est que ces délires des persécutés ont une évolution spéciale. Au lieu d'accuser les autres, ces persécutés s'accusent eux-mêmes comme les mélancoliques.

M. SÉGLAS. — Le point intéressant de la communication de Ballet, c'est le fait que l'idée de persécution repose sur un sentiment d'humilité comme chez les mélancoliques; ces malades ne sont cependant pas des mélancoliques, car leur délire évolue à la façon de celui des persécutés.

Malade de Basedow et dégénérescence mentale, par MM. RAYMOND et SÉRIEUX. — L'existence de troubles psychiques au cours du goître exophtalmique a été signalée par les premiers observateurs qui étudièrent cette affection. Un grand nombre d'auteurs ont considéré ces délires comme des troubles fonctionnels faisant partie intégrante de l'affection dont ils constitueraient ainsi les symptômes d'origine cérébrale : la maladie de Basedow est donc envisagée comme une *névrose générale*, ayant, à la fois, des signes spinaux, bulbaires et cérébraux. Ces symptômes cérébraux ne se bornent pas à des modifications du caractère et à des accès de manie; ils peuvent, au contraire, revêtir les aspects les plus divers et reproduire les traits de la plupart des formes vésaniques : association fréquente du goître exophtalmique avec l'hystérie, avec l'épilepsie, la neurasthénie, le délire mélancolique, le délire hallucinatoire plus ou moins

aigu, le délire chronique à évolution systématique, le délire alcoolique, etc.

Mais il est toute une catégorie de phénomènes psychiques sur lesquels l'attention ne s'est pas suffisamment portée, malgré leur fréquence; ce sont *l'association de la maladie de Basedow avec les délires des dégénérés* ou encore avec leurs *idées obsédantes et leurs impulsions*, ou simplement avec l'état de *déséquilibre mental* qui constitue la caractéristique de ces sujets.

(R. et S. rapportent ensuite trois observations d'où ressort ce fait absolument évident : l'apparition fréquente du goître exophtalmique sur un terrain préparé par l'hérédité névropathique ou vésanique, goître qui peut précéder, suivre, alterner ou être contemporain des autres manifestations de la dégénérescence mentale.)

Une part importante des troubles psychiques qui coexistent avec le goître exophtalmique relève, en réalité, de la dégénérescence mentale. Et si, outre les formes qui ont déjà été isolées au milieu du groupe disparate des symptômes cérébraux de la maladie de Basedow (délire hystérique, mélancolique, alcoolique, etc.), on enlève tout cet ensemble de phénomènes qui leur sont indûment attribués (déséquilibre mental, anomalies intellectuelles et morales, obsessions et impulsions, états délirants marqués au coin de la dégénérescence), le domaine des troubles psychiques, relevant du goître exophtalmique, est restreint jusqu'à zéro : en un mot, il n'y a pas plus de folie exophtalmique qu'il n'y a de folie hystérique, puerpérale, etc.

Ce qui domine toute l'étiologie du goître exophtalmique, c'est, ainsi que M. Peter l'a bien démontré, l'état émotif. Le fait important, dans la genèse des symptômes, c'est la facilité morbide avec laquelle les centres corticaux et bulbaires s'excitent ou s'épuisent; c'est grâce à elle que le choc moral réalise des symptômes bulbaires persistants (inhibition des centres cardiaques et vaso-moteurs) et aussi des troubles psychiques de nature très variée et indépendants de la névrose bulbaire, comme l'indique leur genèse, leur absence de caractère spécifique, leur production chez un même sujet, tantôt simultanée, tantôt antérieure, tantôt postérieure au goître exophtalmique. En somme, dans un grand nombre de cas, la maladie de Basedow n'est qu'une localisation particulière des troubles fonctionnels qui surviennent chez les dégénérés, chez les prédisposés, dans tel ou tel département de l'axe cérébro-spinal; témoin, chez notre seconde malade, un spasme choréiforme permanent du grand oblique de l'abdomen, coïncidant avec les signes les plus accentués de la dégénérescence mentale et la triade symptomatique de la maladie de Basedow. A toutes ces manifestations diverses, la théorie de

M. Magnan (déséquilibre des centres de l'écorce ou de la moelle ; centres paralysés ou en état d'éréthisme) peut être appliquée.

En résumé, les troubles psychiques de la maladie de Basedow ne font point partie intégrante de l'affection. Ces troubles n'ont rien de spécifique et peuvent revêtir toutes les formes. Ils relèvent, en réalité, de l'association au goître de psychoses distinctes et autonomes. Il y a donc lieu d'opérer le démembrement de ces symptômes psychiques au profit des espèces morbides auxquelles ils doivent être restitués.

Une certaine partie a pu être rattachée à la neurasthénie, à l'hystérie, à l'épilepsie, à la manie, à la mélancolie, au délire hallucinatoire, au délire alcoolique, etc.

Un groupe important est étroitement lié à la dégénérescence mentale que démontrent les antécédents héréditaires psychopathiques des malades, leur état mental antérieur (déséquilibre), leurs stigmates physiques ou psychiques (obsessions et impulsions), enfin la forme de leurs accès délirants.

L'association de la maladie de Basedow avec la dégénérescence mentale n'est pas une coïncidence ; elle s'explique par les tares héréditaires dont relèvent les deux ordres de faits. C'est un exemple de la loi de coexistence simultanée des névroses et des psychoses, et d'une évolution parallèle et indépendante.

La diathèse psychopathique peut se révéler par l'éclosion d'un délire, soit au cours du goître exophtalmique, soit bien antérieurement à son début, ou encore bien postérieurement à sa guérison ; soit, enfin, successivement dans ces différentes conditions.

Le choc moral qui provoque la maladie de Basedow peut réveiller simultanément les aptitudes délirantes du sujet. Dans certains cas, le goître exophtalmique lui-même agit chez un prédisposé pour faire éclore les troubles psychiques au même titre qu'une cause occasionnelle banale quelconque.

Le goître exophtalmique est une névrose bulbo-protubérantielle, constituée par l'exagération et la permanence des phénomènes physiologiques de l'émotion. C'est une anomalie psychique, l'*émotivité*, qui est à la base de la maladie.

Celle-ci n'est souvent qu'un cas particulier des troubles fonctionnels, qui, chez les dégénérés, frappent tel ou tel groupe des centres corticaux (psychiques, psycho-moteurs, sensoriels, sensitifs, bulbaires ou spinaux). Il s'agit, dans l'espèce, d'une véritable déséquilibre des *centres vaso-moteurs* qui coexiste souvent avec des troubles analogues des autres centres de l'axe cérébro-spinal.

M. JOFFROY. — La pathogénie de ces troubles est plus complexe que ne semble le croire M. Raymond. Ces troubles peuvent être

inhérents au mauvais fonctionnement du corps thyroïde, mais ils peuvent aussi être sous la dépendance des phénomènes surajoutés qui compliquent si souvent la maladie de Basedow. Il est enfin possible qu'il y ait là une question de terrain et que la prédisposition soit nécessaire pour amener l'éclosion des troubles mentaux. Il n'est donc pas éloigné d'accepter les idées de M. Raymond sur le rôle de la dégénérescence en pareil cas; cependant, il croit que son interprétation est un peu trop absolue.

M. RAYMOND soutient avoir tenu grand compte des phénomènes constitutifs du goître exophtalmique, ou des phénomènes surajoutés, insomnie, neurasthémie, etc., dans la genèse des accidents délirants. Peut-être, dans quelques cas, l'altération fonctionnelle ou structurale du corps thyroïde pouvait être invoquée pour expliquer l'apparition de certains phénomènes psychiques. Mais il pense que tout autre cause banale quelconque peut, chez les dégénérés atteint de la maladie de Basedow, produire de semblables phénomènes cérébraux.

Le goître exophtalmique appartient donc aux faits de l'hérédité, à la dégénérescence mentale, qu'il existe seul ou qu'il soit compliqué.

Sur un cas de paralysie générale vraie consécutive à une encéphalopathie saturnine, par M. CH. VALLON. — V. relate l'observation d'un homme de 32 ans, ouvrier plombier, sans antécédents héréditaires, qui, à la suite d'une encéphalopathie saturnine, a présenté les symptômes d'une paralysie générale à la dernière période. Au bout de quelques mois, les signes du saturnisme avaient disparu; il s'était produit en même temps une rémission complète de la paralysie générale. A s'en tenir à cette première partie de l'histoire du malade, on se trouverait en face d'un de ces faits qui ont été décrits sous le nom de pseudo-paralysie générale saturnine. En effet, on a donné comme caractéristique la marche parallèle vers la guérison et de l'intoxication et de la pseudo-paralysie générale elle-même. Si donc ce malade avait été repris par sa famille, si on l'avait perdu de vue, on aurait pu le croire guéri, et par suite le considérer comme ayant été atteint de pseudo-paralysie générale. Presque toutes les observations publiées sous le nom de pseudo-paralysie saturnine ne seraient, d'après l'orateur, que des observations incomplètes à peu près identiques à la première partie de cette observation; elles formeraient une page de l'histoire de la maladie, mais non cette histoire toute entière.

Chez ce malade, après une rémission de deux mois, tous les symptômes de la paralysie générale se sont montrés de nouveau. La maladie a suivi la marche ordinaire de la paralysie générale pour

aboutir au marasme et à la mort. L'autopsie a révélé l'existence de lésions très accentuées de méningo-encéphalite.

Ce fait prouverait que la pseudo-paralysie saturnine n'est pas une entité morbide distincte, mais une simple période de l'évolution du saturnisme vers la paralysie générale. Le terme de pseudo-paralysie doit être rejeté; il n'est l'expression que d'un *diagnostic provisoire*.

M. RÉGIS dit que ce qui caractérise les pseudo-paralysies générales, c'est leur évolution. La paralysie générale vraie a une marche progressive avec ou sans rémissions, la pseudo-paralysie générale a une marche régressive. En outre, la pseudo-paralysie générale commence en général là où finit la vraie paralysie, puis elle va rétrogradant au fur et à mesure que l'on s'éloigne du début; cela est vrai surtout pour la pseudo-paralysie générale saturnine. Le malade de Vallon n'a jamais présenté cette marche régressive; il y a eu chez lui rémission mais non rétrocession des symptômes : c'était donc un vrai paralytique général, comme la suite l'a démontré. Vallon ne peut s'appuyer sur ce fait pour déclarer que les pseudo-paralysies générales n'existent pas.

De la crâniectomie, par M. BOURNEVILLE. — B. présente un certain nombre de crânes d'idiots qu'il a recueillis dans son service et qui ne présentent pas trace de synostose ni d'ossification prématurée des os du crâne. Il présente, en outre, plusieurs crânes d'enfants crâniectomisés et sur ceux-ci, comme sur les précédents les sutures sont conservées. La théorie de Lannelongue pour justifier l'emploi de la crâniectomie contre la microcéphalie ne repose donc sur aucune base sérieuse, soit anatomique, soit physiologique, et cette opération doit être définitivement rayée de la pratique.

M. G. BALLET demande à Bourneville s'il a vu un seul cas d'idiotie dans lequel le vice de développement du cerveau puisse être considéré comme une conséquence d'un vice de conformation du crâne.

M. BOURNEVILLE déclare ne pas avoir rencontré un seul cas de synostose complète chez un enfant idiot ou simplement arriéré.

M. RÉGIS fait connaître qu'à Bordeaux, on a fait une douzaine de crâniectomies; il ne croit pas que les petits malades en aient retiré de grands bénéfices. Il connaît même un cas de mort.

M. BOUCHEREAU est convaincu de l'inutilité du traitement chirurgical de l'idiotie; il croit que le traitement hygiénique et pédagogique est celui qui mérite nos préférences.

Epilepsie réflexe, par M. PROUST. — P. relate les observations de deux sujets nerveux, dont un médecin âgé de 52 ans, qui, à la suite d'un repas mal digéré et non mastiqué, ont présenté, chacun

pour la première fois de leur vie, une attaque classique d'épilepsie qui, depuis, ne s'est pas renouvelée. L'auteur en conclut qu'il s'agissait là d'épilepsie gastrique d'origine réflexe et cite à l'appui de son opinion le fait d'une femme atteinte d'un cancer de l'estomac, qui présenta à la suite d'un lavage à l'eau froide — et non à l'eau chaude, comme elle le faisait ordinairement — une attaque de contracture généralisée qui dura trente-cinq minutes.

M. BALLET. — Il est, en effet, fréquent d'observer des attaques épileptiformes dans le cours d'affections de l'estomac, ou chez des malades atteints de tænia. On admet généralement qu'il s'agit là de phénomènes réflexes; quelquefois cependant, surtout dans les dilatations stomacales, la cause des phénomènes convulsifs peut être une auto-intoxication. Kussmaul le premier a attiré l'attention sur les crises épileptiformes des dilatés gastriques.

Quelque soit le mode pathogénique que l'on adopte, il ne faut pas oublier que le plus souvent ces phénomènes convulsifs sont de l'épilepsie vraie, jusque là latente, qui a été actionnée par le trouble des fonctions stomacales et intestinales. Cela est important au point de vue pratique, car il peut arriver que les attaques d'épilepsie persistent même après la disparition de la cause qui a provoqué la première attaque : indigestion, tænia, dilatation de l'estomac, etc.

M. RAYMOND déclare qu'en l'absence de l'examen des urines, il n'y a plus de discussion possible. Le confrère que M. Proust a soigné voyageait depuis plusieurs jours; il allait en chemin de fer; il visitait les villes, les monuments. Chacun de nous sait combien ce métier est fatigant par ces temps de chaleur. Or, pour peu qu'il y ait eu, chez le malade en question, un certain degré de néphrite interstitielle, même latente, on conçoit fort bien qu'une première attaque épileptiforme ait pu se produire d'autant plus que ce malade avait cinquante-deux ans. Les accidents gastriques et intestinaux observés peuvent s'expliquer également, si l'on admet qu'ils sont d'origine urémique.

L'âge a une grande importance dans l'espèce. En effet, il existe une variété d'épilepsie appelée *épilepsie tardive*, en raison de la période de la vie à laquelle se produisent les premières attaques. M. Raymond parle ici des états épileptiques qui peuvent se rencontrer en dehors des causes ordinaires bien connues de cette affection (urémie, saturnisme, tumeurs cérébrales, etc.).

L'épilepsie tardive a les mêmes caractères classiques, la même marche, la même évolution, et elle peut offrir les mêmes complications psychiques que l'épilepsie de l'adolescence; comme cette dernière, elle est réductible par le bromure de potassium. Malheureusement, jusqu'à présent nous ne connaissons rien de son étiologie.

Hystérie : automatisme dans la période d'aura des attaques; variations spontanées de la sensibilité et surtout du champ visuel, correspondant aux phénomènes d'automatisme, par M. SÉGLAS. — S. a observé récemment un jeune hystérique de quinze ans, dont les attaques présentaient cette particularité, qu'elles étaient toujours précédées par des phénomènes d'automatisme durant parfois plusieurs jours, allant en augmentant jusqu'à la production de l'attaque dont elles constituent en quelque sorte la période d'aura pour disparaître avec elles. « Il me semble, écrit le malade, qu'il y a alors en moi deux personnes : l'une qui agit, marche, parle, mais comme si c'était une autre; l'autre personne regarde la première agir et faire, mais je ne sais trop laquelle des deux est celle qui souffre. Elles se mêlent de temps en temps et pendant que j'écris, je suis obligé de m'arrêter souvent sous l'influence de cette fusion qui brouille mes idées; je crois qu'il y a lutte entre elles. »

En même temps existent chez ce malade des hallucinations sensorielles multiples, visuelles, auditives, tactiles, kinesthétiques, génitales, se présentant surtout la nuit; on note en outre de l'insomnie, de l'inappétence et des vomissements. Pendant cette période, le fonds émotionnel change, le malade devient triste, craint de devenir fou, de mourir, a des idées de suicide. L'attaque survient presque classique : phase épileptoïde très accentuée, ou de cercle, grands mouvements, parfois délire. Elle s'accompagne toujours d'une perte totale de connaissance. A sa suite, tous les phénomènes d'automatisme qui ont signalé la période d'aura disparaissent.

On trouve également chez ce malade des zones hystérogènes et la plupart des stigmates habituels de l'hystérie.

Un dernier fait à noter, c'est que les troubles de la sensibilité présentent des variations spontanées en rapport avec les phénomènes d'automatisme et dans un sens absolument parallèle.

C'est ainsi qu'au moment des périodes d'automatisme on voit le champ visuel se rétrécir de 30 ou 40° pour revenir ensuite à la normale. Ce parallélisme des symptômes d'automatisme et des troubles anesthésiques n'a rien d'étonnant, si l'on considère que les anesthésies hystériques ne sont que des anesthésies par rétrécissement du champ de conscience personnelle, ces sensations pouvant toutefois donner lieu à des réactions étrangères à la conscience du sujet dépendant d'une conscience secondaire automatique. Dans ces conditions, il est naturel que les anesthésies symptomatiques d'un rétrécissement du champ de conscience augmentent chez un hystérique dans les périodes d'automatisme, puisque dans ces périodes la désagrégation psychique, ordinaire chez lui, tend également à s'accentuer.

Sur une forme distincte de maladie mentale aiguë, la confusion mentale primitive, par M. CHASLIN. — Ch. rapporte l'observation d'un malade du service de M. Deny, à Bicêtre. Ce cas n'est pas classé actuellement en France comme forme distincte. Il devrait l'être pourtant, car cette forme est connue en Allemagne sous le titre de *Verwirrtheit* ou d'*Amentia*, et d'ailleurs elle avait déjà été décrite en France, surtout par M. Delasiauve, sous le nom de confusion mentale. La conclusion de la note de M. Chaslin est la suivante :

Il existe une forme de maladie mentale, aiguë ordinairement, qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie, qui doit être attribuée à l'épuisement rapide et brusque du système nerveux central (très souvent consécutif, pour les auteurs les plus récents, à l'infection ou à l'auto-intoxication) et qui doit être séparée de ce que l'on appelle « dégénérescence. » C'est une forme intermédiaire entre les psychoses et les folies à lésions accentuées et profondes; elle revêt souvent le caractère d'une véritable maladie, par les phénomènes somatiques, dénutrition, fièvre, qui l'accompagnent. Au point de vue psychique, elle est essentiellement caractérisée par la confusion des idées, par suite de l'affaiblissement et de l'incoordination des processus de l'association des idées, de la perception et de l'aperception personnelle; elle peut être ou non accompagnée d'hallucinations; elle peut être accompagnée d'agitation motrice ou de dépression, de stupeur; le ton émotionnel est souvent indifférent ou, au contraire, présente des variations brusques. Elle a la plus grande analogie avec les délires par intoxication chronique. Elle paraît bien mériter le nom de *confusion mentale* sous lequel elle a été décrite en France, en ajoutant primitive, afin de la distinguer des formes où il y a aussi confusion, mais secondaire et sur la nature de laquelle on n'est pas fixé.

M. G. BALLET fait observer que la confusion mentale de Chaslin constitue ce qui a été décrit sous le nom de stupidité ou de démence aiguë. Ce n'est pas là une maladie nouvelle, mais un simple syndrome qui peut relever, du reste, d'un grand nombre d'états morbides : infection, auto-intoxication, dégénérescence, lactation, etc.

M. CHARPENTIER se borne à relever l'expression confusion mentale qui devrait être rigoureusement définie pour avoir un sens précis. Sous ce nom, il propose de décrire un certain nombre de symptômes caractérisés par la persistance absolue de la conscience, la persistance relative des opérations intellectuelles et par un défaut de coordination dans ces opérations : il en résulte que l'individu assiste à ce désarroi et qu'il en éprouve une angoisse progressive, qui augmente encore le trouble des idées et du langage.

Le délire, la stupeur ou la perte de connaissance ne seraient que des convergences ou des complications de cet état.

Ce trouble morbide a été observé par tous les aliénistes; il se trouve fréquemment consigné dans les certificats sous le nom de confusion dans les idées, idées confuses; il peut préluder au développement de beaucoup de délires ou folies ou leur être consécutif: sa facilité plus ou moins grande à reparaitre à la moindre influence lui donne une haute importance pronostique. L'état qui peut le mieux en donner l'idée, c'est cette forme de vertige intellectuel qui se produit souvent chez les persécutés en particulier, lorsqu'ils prétendent qu'on les empêche de parler; la colère, la surprise, la crainte, les émotions vives, pénibles, le provoquent ou l'entretiennent. L'état de confusion intellectuelle de certains individus qui, au moment de subir un examen, ne peuvent répondre à la question qu'ils connaissent, représente ce syndrome à l'état pour ainsi dire physiologique.

Pour Régis le cas de Chaslin paraît appartenir à cette variété de syphilis cérébrale décrite par Fournier sous le nom de pseudo-démence (obtusion des facultés, délire plus ou moins diffus, troubles hallucinatoires, etc.). Cette variété de syphilis cérébrale se termine par la démence simple ou par la démence paralytique. Le malade de Chaslin est encore en traitement; il faut donc attendre pour savoir dans quelle catégorie il doit être placé.

M. SÉGLAS déclare que Chaslin ne méconnaît pas les rapports qui existent entre la confusion mentale, la stupidité et la démence. Il ne croit pas exacte l'interprétation de Régis, parce qu'il ne pense pas que les pseudo-démences syphilitiques s'accompagnent d'une élévation de température pouvant atteindre 40° comme cela a eu lieu chez le malade de Chaslin. Il ne croit pas qu'il y ait conservation de la conscience dans la forme de confusion mentale de Chaslin; en tout cas, c'est plutôt le contraire qu'il a observé.

Résultats comparés du traitement de l'épilepsie par le bromure de strontium et par le bromure de potassium, par M. DENT. — D. a traité sept épileptiques par le bromure de strontium. Pendant cette période, ces sept malades ont eu 246 accès; pendant la période correspondante de l'année 1890-1891, où ils prenaient du bromure de potassium, ils en avaient eu 331, soit une différence de 85 accès en moins pour la dernière période. Les doses de bromure de strontium ont été sensiblement les mêmes que celles de bromure de potassium. Il n'y a jamais eu d'accidents de bromisme.

Un des malades qui ont le plus bénéficié du traitement par le strontium au point de vue du nombre de ses accès a vu également disparaître les crises d'excitation maniaque post-paroxystiques auxquelles il était sujet auparavant.

La conclusion qui paraît se dégager de ces faits, c'est que, comme l'a établi Féré, le bromure de strontium est un véritable succédané du bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie et qu'il paraît même jouir d'une action suspensive plus considérable que celui-ci sur le nombre des accès.

M. VALLON dit qu'il a cessé d'employer le bromure de strontium chez trois déments épileptiques de son service, parce que leurs attaques étaient devenues beaucoup plus fréquentes.

J. M.

60^{me} réunion annuelle de l'Association médicale de la Grande-Bretagne, tenue à Nottingham du 26 au 30 juillet 1892.

SECTION DE MÉDECINE MENTALE.

Les psychoses post-influenziques, par le Dr ALTHAUS. — L'auteur a fait ressortir que ces psychoses diffèrent, sous plusieurs rapports, des autres psychoses post-fébriles et qu'on les a constatées bien plus souvent que les affections mentales après la rougeole ou d'autres affections fébriles. Il a insisté sur la distinction entre le délire initial qu'on peut constater à toute période de l'état aigu de la maladie, qui peut précéder les autres symptômes ou surgir lorsque déjà l'état fébrile existe ou même à toute période de ce dernier état, et les véritables psychoses de la convalescence. Ces états morbides ne pourraient jamais être confondus. A. passe en revue les psychoses post-influenziques par rapport aux autres affections mentales post-fébriles, spécialement celles qui se présentent après le rhumatisme articulaire aigu et la fièvre typhoïde, la pneumonie, la fièvre intermittente, les exanthèmes aigus, l'érysipèle, la coqueluche. Il a démontré par des tableaux l'influence du sexe, de l'âge et de la prédisposition de ces maladies, leur durée et leur mode de terminaison. Il a discuté dans son travail les questions suivantes : 1° Les psychoses post-influenziques sont-elles plus fréquentes que celles constatées après d'autres affections infectieuses ? 2° Quelle a été l'influence du sexe et de l'âge dans la production de ces affections ? Pour les résoudre, il a tracé des courbes indiquant les psychoses post-influenziques dans plusieurs périodes décennales de la vie, montrant ainsi une grande analogie avec ce que l'on constate dans la syphilis. Dans les deux affections la troisième période décennale semble offrir plus de prédisposition à ces psychoses.

A. a constaté que les psychoses post-influenziques avaient généralement une durée plus longue que les autres psychoses à la suite des exanthèmes aigus, de l'érysipèle et de la pneumonie, qu'elles ressemblaient à celles observées après la fièvre rhumatismale, la fièvre intermittente ou la fièvre typhoïde.

Le pronostic de ces psychoses n'est pas si favorable que pour les affections similaires post-fébriles.

L'auteur expose encore dans son travail les questions de la relation entre l'acuité de la fièvre influenztique et les psychoses consécutives, de la distance entre l'accès d'influenza et le développement de la psychose, du caractère spécial de la psychose post-influenztique, de l'influence de la fièvre et du virus spécial (grippto-toxine) dans la production de la psychose, de l'influence du traitement sur le cours de la psychose, de l'action de l'influenza sur l'aliéné et du traitement à instituer dans la psychose qui suit l'influenza.

Le Dr B. Lewis dans le cours de la discussion a fait ressortir qu'il a observé une véritable ligne de démarcation entre l'aliéné et l'homme sain par rapport aux conséquences de l'influenza. Son attention s'est particulièrement portée sur une altération quelconque dans les phases de la manie, de la mélancolie sur l'accès d'influenza chez l'aliéné et sur la possibilité d'une modification de la folie à la suite de cette maladie. Il n'a pu aboutir à un résultat. Toutefois il a vu un cas de paralysie progressive de nature douteuse devenue manifeste à la suite de l'influenza, un autre cas de tabes passant à l'état de paralysie progressive et avec disparition des symptômes spinaux et quelques cas accompagnés d'un état stuporeux caractérisés par une grande perte de volonté et compliqués de céphalalgie et de névralgie trifaciale. — Le Dr B. Lewis attribue la grande différence dans les symptômes chez l'aliéné et l'homme sain à une infériorité de l'activité consciente chez l'aliéné. Il a encore constaté que l'influenza était plus fréquent dans les quartiers des femmes et spécialement chez celles occupées à la buanderie. Ce dernier fait fut confirmé par le Dr Murray Lindsay et Richardson.

Le Dr Bateman a constaté le résultat de la toxine de l'influenza; elle peut paralyser la cellule cérébrale alors que les autres symptômes de l'influenza font défaut. Il a observé plusieurs cas de psychoses qu'il n'a pu expliquer que par action du poison de l'influenza.

Le Dr Urquhart a constaté qu'après la dernière épidémie l'état hygiénique de ses malades a laissé à désirer; la plupart de ses malades avaient diminué en poids. — Quant aux lésions anatomopathologiques propres à l'influenza, il n'en a constaté aucune. Prenant en considérant les résultats contradictoires relevés à la suite de cette maladie il a proposé de faire nommer une commission chargée d'étudier l'influence de l'influenza sur les aliénés colloqués dans les asiles.

Le Dr Mickle a rencontré plusieurs cas d'aliénation mentale à la suite de l'influenza. Il a constaté la forme maniaque, mais la forme dépressive était beaucoup plus fréquente. Il a observé les différentes

variétés de la mélancolie à l'exception de la forme hypochondriaque.

Le Dr Batty Tuke ne croit pas à l'intervention, d'une manière générale, d'une toxine dans le développement des psychoses post-fébriles. Il a rencontré plusieurs psychoses d'une nature purement anémique. Il pense qu'on ne peut pas toujours recourir à l'influenza comme facteur de la psychose, surtout après une longue période, à moins que certains symptômes spéciaux ne puissent être invoqués en sa faveur.

Le Dr P. Richards croit qu'on exagère en considérant l'influenza comme une cause fréquente des maladies mentales. On invoque trop cette maladie comme cause d'un grand nombre de maladies.

L'examen médico-psychologique des détenus, par le Dr JUL. MOREL.

— L'auteur a appelé l'attention sur la nécessité d'organiser un service de médecine mentale dans toutes les prisons. Actuellement en Belgique des médecins aliénistes sont chargés de l'examen des détenus dont l'état mental paraît suspect au personnel des pénitenciers. M. voudrait que ce service s'étende à tous les récidivistes et aux grands criminels, ce qui permettrait de constituer le dossier de l'état mental de ces détenus. Ce dossier ferait connaître les lacunes psychiques de ces détenus, les indisciplinés et les simulateurs; il pourrait être utile à ceux qui s'occuperaient de leur libération conditionnelle ou définitive et à ceux qui désireraient les protéger après leur sortie de la prison; enfin, il rendrait des services aux magistrats, instructeurs et juges, au cas que les récidivistes deviendraient l'objet d'une nouvelle poursuite.

L'expérience a prouvé à l'auteur que toute grande prison devrait posséder une annexe où l'on pourrait soigner convenablement les criminels devenus aliénés dans le cours de leur détention et susceptibles d'une guérison, — que toute prison devrait avoir un personnel possédant les qualités et l'instruction voulues pour traiter les détenus devenus aliénés. A son avis, les asiles spéciaux ne pourraient servir qu'à ceux dont l'incurabilité serait plus ou moins établie; les détenus plus ou moins suspects quant à leurs facultés intellectuelles ne pourraient jamais être libérés avant terme. La société ne prend pas suffisamment de précautions pour préserver les anciens détenus contre la récidive.

Les Drs B. Lewis, Urquhart et Rayner ont appuyé l'opinion du Dr Morel et ont déclaré qu'il y avait urgence à demander en Angleterre un service analogue à celui qui fonctionne en Belgique.

L'intérêt des délinquants et de la société demande à ce que cette mesure soit prise.

Variation de type dans la paralysie générale, par le D^r BULLEN.

— L'auteur a étudié 250 cas de paralysie progressive qui se sont terminés par la mort. Il résulte de ses recherches que quoique la forme ordinaire n'a pas subi d'altération d'une manière générale, il croit néanmoins qu'une modification s'établira à l'avenir. Certains cas rapportés d'autres asiles présentaient des modifications sérieuses. La proportion des admissions dans les différents asiles est très variable et semble augmenter avec la diminution des professions agricoles.

A l'asile de Wakefield, environ la moitié des paralytiques généraux se sont présentés dans un état de démence sans qu'on ait pu constater préalablement un état d'excitation. D'après le D^r Clouston le type déméntiel se rencontrerait essentiellement dans les districts ruraux où l'on mène une vie calme.

Le D^r Bullen a également constaté une diminution dans la fréquence des accès convulsifs et que ceux-ci se terminent plus rarement par la mort.

Le D^r Jul. Morel confirme l'opinion émise par le D^r Bullen. La paralysie générale augmente d'une manière assez sensible. Dans la plupart des cas qu'il a eu à soigner la forme déméntielle prédominait et dans ceux qui entraient sous la forme maniaque la période d'excitation n'avait qu'une durée relativement courte. Il estime néanmoins que s'il lui a été impossible de réduire la durée de la maladie, la médication, et le régime aidant, a pu contribuer à calmer considérablement les malades.

Le D^r Mickle partage l'avis des D^{rs} Bullen et Morel, mais il croit que les constatations faites résultent probablement de ce que de nos jours on diagnostique plus aisément la paralysie progressive et ses différentes formes.

L'action neurique comparé à l'action mentale du cerveau, par le

D^r FR. WARNER. — L'auteur après avoir tracé l'évolution de la faculté mentale chez l'enfant, a insisté sur la période d'inhibition du mouvement qui précède la manifestation d'une nouvelle action (attention) et en déduit qu'elle correspond à des modifications neuriques actives dans lesquelles des groupes de cellules en état d'inhibition pendant un certain temps, par suite d'une action motrice, sont disposés d'une manière spéciale pour la nouvelle action qui doit suivre. Cette action préparatoire, que W. appelle dialactique, est sensée représenter la première forme d'un acte neuro-mental. Il paraît y avoir une loi de très grande importance au sujet de la dimension des cellules et de leur action, que « des cellules identiques nourries de la même manière synchronique et sous le contrôle de

quelque stimulant, tendent ultérieurement à agir simultanément comme groupes similaires; cette tendance augmenterait par la répétition. » Chez l'adulte, les dispositions neuriques qui correspondent à des idées seraient formées par la vue d'objets, tandis qu'une succession d'idées doit être représentée par une série d'actes neuriques dialactiques développés d'après la loi énoncée ci-dessus.

Le D^r B. Lewis croit également à la nature sensorielle de l'attention, tout en déclarant que des phénomènes moteurs se présentent à la fois. On connaît p. ex. l'attitude de l'attention forcée. Il est intéressant de connaître les troubles de ces coïncidences motrices dans certaines maladies mentales. Dans l'alcoolisme le tiraillement du front, le spasme unilatéral des muscles frontaux, — traits qui différencient l'alcoolisme chronique du paralytique général, — les arrêts brusques de l'articulation et les irrégularités de l'attention qui coupent en deux un mot ou une phrase, indiquent un trouble moteur de la parole.

Les troubles mentaux d'un degré inférieur chez la femme, par le D^r CAMPBELL. — Sans compter les cas dans lesquels les troubles mentaux sont dus à une prédisposition à une maladie mentale, C. a observé de nombreux cas qui peuvent être considérés comme occupant la limite entre la folie et l'intégrité intellectuelle. C'est ainsi qu'il a constaté de nombreux cas caractérisés dans la matinée par une dépression mentale, se rapprochant de la mélancolie sans délire et disparaissant vers le soir de manière que les malades se sentaient totalement bien. D'autres malades sont en proie à une certaine excitation, soit une excitation sensorielle telle que l'hyperesthésie des organes des sens, des sensations douloureuses aux extrémités des organes sensoriels, hyperacousie, etc., — soit une excitation émotionnelle telle qu'une irascibilité extraordinaire, impulsions multiples, etc., également beaucoup plus prononcées le matin que le soir, soit un état dépressif alternant avec un état d'excitation, — soit encore un accès de frayeur, la peur d'entreprendre un travail, de sortir seul, etc., état parfois accompagné d'une hyperesthésie très prononcée des centres auditifs, — soit la sensation comme si le malade allait perdre sa raison. Ce dernier état était parfois accompagné d'hypocondrie et d'idées de suicide et d'homicide. Il a aussi rencontré, spécialement à l'âge de retour, des cas accompagnés d'une perte de la mémoire, de l'impossibilité de prêter l'attention. Plus rarement il a observé des hallucinations, mais fréquemment les malades sont tourmentés de rêves désagréables.

Sans refuser l'intervention de l'hérédité, du milieu et d'une défec-tuosité du système nerveux, C. croit à l'action d'un plasma vicié.

Les dernières recherches sur l'action des ptomaines, des leucomaines et de l'acide urique lui donnent cette conviction.

Le Dr Urquhardt appuie l'opinion émise par C. Il en profite pour expliquer les nombreuses guérisons obtenues dans la pratique privée et dans les asiles. Il insiste sur l'importance de l'examen approfondi des malades confiés aux aliénistes et sur le traitement précoce des maladies somatiques, spécialement lorsqu'il s'agit de l'élimination des éléments toxiques.

L'étude physiologique du sommeil, par le Dr ROBERTSON. — D'après R. le processus métabolique qui se présente dans le cerveau est constitué de deux types contraires : le processus anabolique chargé de la formation et de la nutrition de la cellule nerveuse et le travail catabolique qui la détruit ou l'envahit. Le premier se présente le soir lorsque le cerveau se trouve à l'état anémique; le protoplasma alors n'est pas complètement oxydé, parce que l'énergie nerveuse doit être produite par la consommation du protoplasma. Le travail de consommation qui réclame l'intervention d'une grande quantité d'oxygène, a lieu pendant le jour lorsque le courant sanguin y apporte un surcroît de ce gaz. Le cerveau se trouvant dans un état d'excitation, ses cellules nerveuses sont en action pendant la nuit et, considérant l'apport insuffisant d'oxygène, elles dégénèrent pour donner lieu à un état d'épaississement le lendemain matin : l'apport sanguin étant devenu plus grand après un repas, on constate très souvent que l'état dépressif disparaît.

De l'influence de la désinfection intestinale sur quelques formes de folie aiguë, par le Dr MACPHERSON. — L'auteur a constaté que l'emploi des narcotiques et des hypnotiques, offre des inconvénients, même dans la mélancolie. La constipation aggrave les symptômes des psychoses aiguës et une amélioration passagère s'observe toujours après l'évacuation de l'intestin. Tout cas de folie aiguë est accompagné d'un trouble dans le tractus gastro-intestinal qui conséquemment doit être suivi d'un état d'excitation sur toutes les autres fonctions et conduire à l'absorption des principes toxiques contenus dans les intestins. Le calomel ou d'autres préparations hydrargyriques, à dose purgative, produirait le sommeil. D'autres purgatifs peuvent donner le même résultat. Launder Brunton a constaté que la noix vomique exerce une légère action hypnotique. Les troubles de l'appareil digestif pouvant donner naissance à des ptomaines toxiques peuvent contribuer à aggraver ou à compliquer les psychoses aiguës. Dans l'estomac sain l'action antiseptique du suc gastrique

garantit la destruction des organismes pathogéniques. M. se laisse guider par des considérations suivantes :

Quand il y a indication, il procède au lavage de l'estomac et il administre le calomel. Ce lavage est répété pendant la première semaine et chaque jour, ou tous les deux jours, il donne de la poudre de rhubarbe, du cascara et de l'extrait de réglisse. Le matin du second jour il administre la naphthaline tout en supprimant, autant que possible, le régime azoté. Par ce procédé M. obtient promptement la disparition de l'anémie, l'amélioration de certains symptômes de la mélancolie et parfois même le retour du sommeil. L'action de la naphthaline est conséquemment indirecte; elle serait particulièrement favorable dans la mélancolie. Les résultats obtenus dans les autres formes morbides ne sont pas probants. J. M.

Numération comparative, pour les membres supérieurs et inférieurs, des fibres nerveuses d'origine cérébrale destinées au mouvement, par P. BLOCK et ONANOFF (Ac. des Sciences, 1892).

Les auteurs ont recherché si, aux différences qui existent, chez l'homme, entre les mouvements thoraciques et abdominaux, à l'état normal quant à leur nature, dans certains états pathologiques quant à leurs réactions symptomatiques, ne correspondrait pas une inégalité dans le nombre des fibres nerveuses d'origine cérébrale qu'ils reçoivent.

Ces fibres sont représentées dans la moelle par les faisceaux pyramidaux directs et croisés. Ceux-ci ne pouvant être différenciés morphologiquement, à l'état normal, des autres cordons blancs du névraxe, B. et O. ont eu recours à des cas pathologiques à faisceaux altérés systématiquement. C'est ce qu'on observe dans les cas d'hémorragie cérébrale suivie de dégénération descendante.

Ils ont compté, d'une part, le nombre des fibres d'origine cérébrale du faisceau pyramidal dans la région cervicale immédiatement au-dessus du renflement, — d'autre part, le nombre des fibres d'origine cérébrale du faisceau pyramidal dans la région dorsale supérieure; en faisant la différence, ils sont arrivés à cette conclusion : que le membre supérieur reçoit environ trois fois plus de fibres d'origine cérébrale que le membre inférieur. Ce rapport serait même de 5 à 1 si l'on voulait tenir compte de la proportion relative des masses musculaires de l'un et de l'autre membre.

Cette notion semble comporter, les déductions suivantes :

Les membres thoraciques auxquels sont destinées un plus grand nombre de fibres nerveuses d'origine cérébrale sont surtout utilisés

pour des mouvements *intelligents* et *conscients*, qui nécessitent un maximum d'intervention cérébrale : cette adaptation fonctionnelle a évidemment entraîné le développement des voies de communication avec l'écorce. On peut se rappeler, qu'au contraire, les membres abdominaux sont principalement employés pour les mouvements *automatiques* et *inconscients*.

On s'explique également que les mouvements *réflexes*, sur lesquels on connaît l'action modératrice du cerveau, et en particulier des réflexes tendineux soient, à l'état normal, beaucoup moins développés aux membres supérieurs qu'aux inférieurs.

La même notion rend compte de cette particularité inexplicée, que, dans les lésions en foyer du cerveau accompagnées d'hémiplégie, le membre inférieur est, le plus ordinairement, moins paralysé que le supérieur; que de plus, lorsque l'amélioration survient, le retour de la motilité est toujours plus rapide et plus complet dans les mouvements du membre inférieur.

J. M.

Théorie physiologique du sommeil hypnotique, par C. KRARUP
(Congrès des naturalistes scandinaves, 1892).

Les parties supérieures de l'encéphale qui, pendant l'hypnose, ont une activité moins grande qu'à l'état normal, sont irriguées par les artères carotides internes, tandis que les parties inférieures, douées d'une activité plus grande, reçoivent leur sang des artères vertébrales. Si donc l'on admet préalablement l'hypothèse que, pendant le sommeil hypnotique, les artères carotides internes sont contractées, il s'ensuit que les artères vertébrales doivent être dilatées par fluxion collatérale; cette fluxion doit aussi gagner les artères carotides externes, ce qui s'observe, en effet, chez les hypnotisés. En s'appuyant sur cette hypothèse, on peut interpréter plusieurs phénomènes du sommeil hypnotique, si l'on considère qu'il y a un contact immédiat entre les rameaux, supposés dilatés, du tronc basilaire et les nerfs moteurs oculaires communs, trijumeaux, faciaux et auditifs, près des points d'origine de ces nerfs. Ces artères doivent évidemment produire, par leur dilatation, une excitation de ces troncs nerveux, et comme les plexus carotidiens internes du grand sympathique en raison de la contraction présumée des artères carotides internes, sont aussi en état d'excitation, on doit s'attendre à voir toute une série de phénomènes résulter de cette excitation. Ces phénomènes existent en réalité : ce sont des mouvements de l'iris, du tremblement des paupières, une augmentation de la sécrétion lacrymale, des mouvements et de la protusion des globes oculaires

et, enfin, une acuité exagérée de l'ouïe, ce dernier phénomène étant lié à la dilatation de l'artère auditive interne, qui naît du tronc basilaire et fournit de sang artériel tout l'appareil nerveux périphérique du sens de l'ouïe. En outre, la dilatation des artères vertébrales produit une fluxion artérielle du bulbe rachidien pouvant donner naissance à un état cataleptique.

Dans la production du sommeil hypnotique par le procédé de Braid, la convergence des yeux exerce une traction en avant des nerfs moteurs oculaires externes, d'où résulte une tension des deux plexus carotidiens internes du grand sympathique, en raison des anastomoses qui unissent ce dernier à la sixième paire de nerfs crâniens. Cette tension produit alors une excitation des nerfs carotidiens et, par suite, une contraction des artères carotides internes.

Les lobes occipitaux du cerveau, qui reçoivent du sang non seulement de l'artère carotide interne mais encore de l'artère cérébrale postérieure, présentent donc, pendant l'hypnose, une irrigation remarquable : c'est ce qui permet de comprendre l'acuité considérable du sens de la vue, qu'on observe souvent pendant le sommeil hypnotique.

On pourrait supposer que les anastomoses des artères carotides internes avec les artères vertébrales portent le sang artériel du système vertébral dans le système carotidien; mais il n'en est rien, puisque la pression sanguine est plus forte dans ce dernier système, en raison de la contraction des carotides internes : au contraire, l'écoulement du sang se fait du système carotidien vers celui des artères vertébrales.

La grande ressemblance du somnambulisme provoqué avec le somnambulisme naturel et l'état produit par l'inhalation du chloroforme donne au sommeil hypnotique son caractère d'état pathologique. Ce n'est pas un motif pour renoncer à l'application thérapeutique de l'hypnotisme, car on peut dire par analogie que de beaucoup de procédés thérapeutiques d'un usage répandu, il en est bien peu qui guérissent sans avoir amené d'abord un état pathologique.

De l'état criblé du cerveau, par G. VASSALE (*Rev. sperim. di frenatria*, 1892).

V. a étudié quelques cerveaux de paralytiques généraux et déments, à l'aide d'une méthode nouvelle. Durcissement dans l'alcool; déshydratation et éclaircissement dans de la pyridine, inclusion à la paraffine, section au microtome; coloration à l'hématexyline d'Ehrlich, différenciation dans un mélange d'alcool et d'acide chlorhydrique.

Conclusion : l'état criblé n'est pas dû à la dilatation des gaines lymphatiques des vaisseaux sanguins ; mais bien à une altération spéciale de la gaine de myéline des nerfs les plus volumineux de la substance blanche.

J. D. B.

Altérations de la pie-mère cérébrale chez les aliénés, par FRANCESCO DEL GRECO (*Riv. sperim. di frenatria*, 1892).

Les recherches de l'auteur ont porté sur l'arachnoïde et la pie-mère cérébrales d'une série de paralytiques généraux, de pellagres, de malades atteints de délire aigu ou de diverses autres psychoses ; elles ont été surtout précisées au niveau des circonvolutions centrales où les méninges s'altèrent en général tout d'abord.

Chez les paralytiques généraux, il a retrouvé les altérations vasculaires bien connues ; comme il les constate même au début de l'affection, avant toute trace de sclérose ou d'atrophie de la substance cérébrale ; il se range à l'avis de Meyer, Rumpf et Mendel, et considère l'hyperémie chronique de l'encéphale et les altérations vasculaires consécutives comme les symptômes anatomo-pathologiques primaires de la démence paralytique.

Chez l'aliéné atteint de pellagre, la pie-mère est frappée d'altérations diffuses, opaques ; il y a augmentation peu prononcée des éléments conjonctifs, parfois infiltration de leucocytes, qui s'étalent autour des vaisseaux ou se répandent isolément dans la méninge.

Dans les autres formes d'aliénation mentale, on constate en général un léger épaissement de la pie-mère ; les vaisseaux tortueux ont des parois rigides comme chez le vieillard ou le malade qui meurt dans le marasme. L'épaississement de la pie-mère débute ordinairement au niveau des circonvolutions centrales.

J. D. B.

Altération des nerfs périphériques et de leurs noyaux d'origine dans la paralysie générale, par R. COLELBA (*Neurol. Centralbl.*, 1892).

C. a fait l'examen précis des centres nerveux et des nerfs périphériques suivant les méthodes les plus récentes dans sept cas de paralysie générale.

Conclusions : Il y a altération des nerfs cutanés et musculaires ; elle consiste en une névrite parenchymateuse d'origine périphérique ; il en est de même pour les nerfs spinaux et cervicaux. On ne rencontre que très peu de troncs nerveux atteints d'atrophie simple des filets nerveux. Les centres trophiques des nerfs spinaux (cornes

antérieures et ganglions intervertébraux) ne sont pas notablement atteints; les racines antérieures, la portion hyperganglionnaire des racines postérieures semblent normales.

Les altérations des nerfs crâniens dans leur trajet périphérique ne paraissent pas correspondre à celles qu'ont subies leurs racines et leurs noyaux d'origine. L'intensité des lésions augmente à mesure que l'on s'éloigne du centre; elles sont moins prononcées dans le tronc du nerf que dans ses terminaisons motrices et sensibles. Ces lésions périphériques paraissent correspondre assez exactement à celles des cordons médullaires; s'il n'existe pas entre elles une véritable relation de cause à effet, tout au moins sont-elles homologues.

Il est probable que l'extension de la lésion aux terminaisons motrices (musculaires) et sensibles (cutanées) est due à des complications (alcoolisme, syphilis, tuberculose, etc.). La disposition des lésions plus marquée à la périphérie qu'au centre fait croire dans l'occurrence à une espèce de névrite ascendante.

Une grande partie des symptômes moteurs, sensibles et trophiques observés dans la démence paralytique dépendent probablement de ces altérations périphériques.

J. D. B.

Contribution à l'étude de la dégénérescence des fibres du corps calleux, par DEJERINE (Soc. de Biol., 1892). — *Dégénérescence expérimentale du corps calleux et de l'écorce cérébrale*, par MURATOFF (*Neurol. Centrabl.*, 1892).

Nous n'avons que fort peu d'indications sur la dégénérescence des fibres d'association intra- et interhémisphériques. Les auteurs s'appuyant sur trois autopsies, démontrent l'existence de fibres interhémisphériques visuelles dans le bourrelet du corps calleux.

Dans les trois cas, les lésions étaient constituées par des plaques jaunes anciennes; dans le premier, elles occupaient le cunéus, le lobe lingual et le lobe fusiforme; dans le deuxième, la pointe occipitale, la base du cunéus, la base des lobes lingual et fusiforme; dans le troisième, la face du cunéus qui forme la lèvre postérieure de la scissure perpendiculaire externe. La lésion empiétait très légèrement sur la face externe de l'hémisphère.

La dégénérescence du bourrelet du corps calleux variait dans chacun des cas; dans le premier, elle avait envahi la partie inférieure du bourrelet; dans le deuxième, la face inférieure et le bec; dans le troisième, une portion intérieure du bourrelet, entourée de toutes parts de fibres saines.

Il en résulte que les fibres calleuses provenant de la fente occipitale du lobule lingual et du lobule fusiforme passent par le bec

postérieur et le genou du bourrelet, tandis que celles provenant de la partie antéro-inférieure du cunéus passent dans l'épaisseur du bourrelet proprement dit.

Muratoff donne le résultat de ses premières observations sur des chiens auxquels il avait enlevé certains centres moteurs. Il constata :

1° L'intégrité de la commissure antérieure.

2° La dégénérescence du corps calleux dans la partie postérieure au gyrus sygmoïde;

3° La dégénérescence de certaines fibres commissurales, de fibres propres, de l'écorce de fibres de la couronne rayonnante, de la capsule interne et du pédoncule cérébral du côté lésé de l'encéphale;

4° La dégénérescence d'un faisceau spécial, situé sous le corps calleux; la voûte à trois piliers est intacte;

5° La dégénérescence de certaines fibres interhémisphériques; l'intégrité des fibres propres de l'écorce et de la couronne rayonnante dans l'hémisphère contra-latéral.

J. D. B.

Les lésions de la moelle épinière dans la démence, par P. PETRAZ-
ZANE et G. VASSALE (*Centralbl. für Nervenheilk.*, 1892).

Les auteurs ont examiné la moelle épinière de 22 aliénés qui avaient souffert d'une démence sénile ou d'une démence secondaire et âgés entre 22 et 79 ans. Douze fois sur les 22 cas ils ont constaté des maladies de la moelle épinière. Ces affections étaient positivement indépendantes de l'âge puisqu'on les rencontre également chez des individus tout jeunes. L'examen de la moelle de deux individus non aliénés et âgés de 70 et 74 ans n'a fait découvrir aucune anomalie.

Ils ont constaté que dans la démence ce sont les cordons postérieurs qui deviennent malades, mais d'une manière générale la lésion n'a pas une grande étendue. Des douze cas qui ont été observés il n'y en a eu qu'un seul chez qui ils ont relevé une dégénérescence des cordons latéraux; dans deux cas il n'y a eu qu'une dégénérescence des zones radiculaires postérieures de la moelle dorsale supérieure, dans un autre cas la lésion n'existait que dans la moelle dorsale moyenne. Dans deux cas il y eût dégénérescence des zones radiculaires postérieures dans toute l'étendue de la moelle dorsale; dans cinq cas c'étaient les cordons de Goll de la moelle cervicale et les zones radiculaires de la moelle dorsale qui étaient dégénérés et dans un dernier cas il y avait dans la moelle cervicale et dorsale une lésion des cordons de Goll combinée à une dégénérescence des zones radiculaires postérieures.

J. M.

Diffusion systématique des réflexes chez l'homme (observations cliniques), par TANZI (Riv. sperim. di frenatria, 1892).

Un malade, âgé de 45 ans, n'a jamais présenté de troubles psychiques; à la suite d'un traumatisme il survint une modification du caractère (mutisme, défiance, etc.). Après une année, à l'occasion d'un accident survenu à un membre de la famille, le malade tomba dans un état de stupeur et fut pris d'hallucinations. Immobile, les yeux fermés, il ne sent ni la faim, ni la soif, ni la douleur; il ne répond que rarement aux questions. Il voit et entend Dieu et le diable, obéit aux ordres du premier, repousse les tentations du second; il se sent contraint ou empêché de se cacher ou de parler. Pendant une année qu'il resta en observation, se présentèrent plusieurs périodes de rémission à marche lente pendant lesquelles les hallucinations ne cessèrent pas complètement mais devinrent moins vives et firent moins d'impression au malade — par moments retour brusque à l'état de stupeur.

Pendant la période de stupeur, exagération des réflexes. Une percussion légère du tendon rotulien détermine la production de mouvements cloniques peu étendus, une percussion répétée provoque l'extension des convulsions à tout le membre inférieur, une percussion répétée et forte, la contraction de l'autre jambe, relativement plus faible cependant, et finalement tout le corps est pris de convulsions comme dans une attaque d'épilepsie. Plus l'excitation est forte, plus est forte la réaction; plusieurs excitations faibles ont le même effet qu'une excitation forte. La percussion du tendon d'Achille a les mêmes effets mais moins prononcés. Les réflexes cutanés et le tonus musculaire sont normaux.

L'administration du bromure fait disparaître les réflexes; pendant la narcose chloroformique, seule l'irradiation des réflexes signalée plus haut fait défaut; la strychnine exagère le phénomène.

En dehors du stade de stupeur, lorsque le malade redevient lucide, les réflexes tendineux redeviennent normaux.

L'auteur considère la stupeur elle-même comme la cause de l'irradiation des réflexes notés chez ce malade; il invoque pour le démontrer les motifs suivants: l'absence de toute espèce de symptômes pouvant indiquer une affection de la moelle; le peu d'excitabilité de la moelle, démontré par ce fait que de petites doses de bromure diminuent l'intensité des symptômes réflexes; la concordance entre l'apparition et la cessation de la stupeur d'une part, l'existence et la disparition des phénomènes d'irradiation réflexe d'autre part.

Cependant l'auteur n'a pu retrouver ces symptômes chez d'autres

malades atteint de stupeur; aussi le rattache-t-il à une dissociation des divers facteurs de l'activité cérébrale; à une aboulie avec hyperidéation.

J. D. B.

Deux cas d'anesthésie générale cutanée et sensorielle, sans troubles nerveux, par BERKLEY (*Brain*, 1891).

Dans le premier cas : perte complète de la sensibilité à la chaleur et à la douleur, de l'odorat, du goût, de la vue, du sens de l'équilibre, du sens de la pression. Perte partielle du toucher, du sens musculaire et de l'ouïe.

Dans le deuxième cas : abolition complète du sens du tact, de la sensibilité à la chaleur, du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue; lenteur des impressions olfactives, perte du sens musculaire et de l'équilibre. Rien à la vue ni à l'ouïe. Au début douleurs.

Dans les deux cas : antécédents syphilitiques; dans le premier cas hérédité nerveuse. Dans le premier cas perte de réflexe patellaire et atrophie du nerf optique; dans le second réaction de dégénérescence dans les muscles du bras amélioration considérable.

A remarquer l'absence de troubles psychiques. Diagnostic : pour le premier cas, l'auteur hésite entre la syringomyélie et une affection fonctionnelle de l'écorce cérébrale, surtout dans la partie postérieure du cerveau.

J. D. B.

Sur la présence de cylindres hyalins dans l'urine des aliénés, par VASSALE et CHIAZZI (*Riv. sperim. di frenatria*, 1892).

On trouve des cylindres hyalins dans l'urine des aliénés; il est exceptionnel de n'en pas rencontrer pendant une période d'excitation. — Les auteurs ont constaté la réalité de ce fait dans : 9 cas de folie puerpérale, 19 de folie pellagreuse, 3 de délire aigu, 19 de manie aiguë, 8 de délire hallucinatoire aigu, 9 de paralysie générale, 19 de lypémanie.

Le nombre des cylindres augmente dans les périodes d'excitation, diminue ou même disparaît lorsque l'excitation cesse. On observe assez souvent de l'albumine dans les urines des épileptiques sans y rencontrer des cylindres.

Les cylindres hyalins proprement dits et granulés ne sont pas caractéristiques de la néphrite. A l'autopsie, on peut ne trouver ni à l'examen macroscopique, ni au microscope les lésions de cette maladie, mais de la dégénérescence graisseuse simple, non inflammatoire de l'épithélium des tubuli contorti.

Souvent il faut voir un symptôme d'aggravation de la psychose

dans ce fait que des cylindres hyalins granulés viennent remplacer les cylindres hyalins proprement dits du début.

Les auteurs croient devoir admettre que les cylindres tirent leur origine directement du sang. L'agent toxique, cause de la psychose, altère la composition du sang et détermine ainsi l'apparition des cylindres urinaires.

J. D. B.

Variations de la quantité d'acide chlorhydrique stomacal dans les psychoses, par LEUBUSCHER et ZIEHEN (*Neur. Centr.*, 1892).

1. Dans la démence paralytique et la démence sénile, il y a fréquemment tendance à l'hypochlorhydrie; elle augmente à mesure que le malade s'affaiblit au point de vue psychique et corporel. Il en est de même dans la faiblesse d'esprit congénitale et dans la démence consécutive aux psychoses fonctionnelles; mais dans ces deux derniers cas l'hypochlorhydrie est moins marquée que dans les deux premiers.

2. Les résultats obtenus par l'observation d'individus atteints de psychoses diverses sont contradictoires; il semble que chez un certain nombre de psychotiques comme chez certains individus bien portants, la sécrétion chlorhydrique subit des variations peu connues, suivant le moment de la journée, p. ex., variations soumises à l'influence de facteurs intercurrents, qui échappent au contrôle.

3. Dans les périodes de dépression ou dans les psychoses dépressives il y a tendance légère à l'hyperchlorhydrie; elle est moins marquée dans les périodes d'excitation.

4. L'agitation motrice, l'exercice musculaire sont sans effets bien marqués sur la sécrétion de l'acide chlorhydrique.

J. D. B.

Des idées de grandeur chez les persécutés, par CHRISTIAN (*Arch. de Neurol.*, 1891 et 1892).

Dagonet a prétendu récemment que le délire de persécution ne constitue pas une forme morbide spéciale, mais un syndrome qui peut se présenter dans les affections les plus diverses. Christian n'est pas de cet avis; pour lui le délire de persécution constitue dans certains cas une affection bien caractérisée. Il admet la réalité de l'affection décrite par Magnan « le délire à évolution chronique; » mais tous les cas décrits sous cette rubrique ne peuvent s'y ranger. On rencontre souvent des idées de persécution dans d'autres psychoses : elles sont le symptôme dominant du délire de persécution.

Quel rapport existe-t-il entre les idées de grandeur et les idées de persécution. L'auteur ne peut admettre, comme on le fait souvent,

que les premières découlent logiquement des secondes, que l'individu conclue de ce qu'on le persécute; cela a son importance. L'idée de grandeur prend son origine sans préparation spéciale, dans un rêve, une hallucination, une association occasionnelle d'idées, un processus cérébral resté inconscient.

Chr. classe ces cas en quatre groupes suivant le mode d'apparition du délire de grandeur.

1. Les idées de grandeur deviennent prédominantes (délire chronique de Magnan). Le savant professeur de Sainte-Anne a eu tort de prétendre que cette forme se terminait toujours par la démence; il s'agit dans la plupart des cas d'une pseudo-démence; après de vains essais de réaliser leur délire de grandeur, les malades se renferment sur eux-mêmes et deviennent plus ou moins indifférent à ce qui les entoure.

2. Les idées de grandeur alternent avec les idées de persécution; l'affection se termine toujours par la démence.

3. Il n'y a pas de délire de grandeur proprement dit, mais le malade est le jouet d'une vanité morbide.

4. Il n'y a pas d'idées de grandeur; Chr. a vu des cas de ce genre; spécialement chez les malades à délire de persécution à base érotique.

Le délire chronique de Magnan ne répond donc qu'à la forme classique, parfaite du délire de persécution et ne correspond pas au délire chronique vrai ni au délire de persécution. J. D. B.

Folie de la puberté, par R. TROWBRIDGE (*Alienist and Neurologist*, 1891).

La folie de la puberté constitue une psychose spéciale; elle est souvent confondue avec d'autres formes d'aliénation mentale; on la méconnaît et on la considère comme un syndrome secondaire.

Aussi le médecin n'a-t-il que très rarement l'occasion de l'étudier à l'asile dans sa première période. On lui donne souvent, mais à tort, les noms de démence primaire, de folie onanistique, menstruelle ou morale, parfois même on la confond avec la manie ou la mélancolie. Divers auteurs se sont occupés de la folie de la puberté: Bucknill et Tuke, Clouston, Gershon, H. Hill, Blandford, Spitella, Burr.

Elle présente des caractères spéciaux qui permettent de la diagnostiquer aisément: 1° C'est une affection mentale chronique; 2° Elle est d'origine héréditaire; 3° Elle est périodique ou récurrente; elle s'accompagne de perversion morale; rend l'homme agressif et donne à la femme un délire érotique qui s'extériorise par des propos et des actes appropriés.

Suivent les observations de trois cas nouveaux.

1. Garçon de 14 ans. Admis à l'asile en juillet 1888; période prodromique de dépression. Nutrition générale insuffisante. Croissance trop rapide. Troubles de l'appétit et de la défécation. Hérité très prononcée. Grand-père maternel mort phtisique. Caractère agréable, intelligence normale. Pas de causes psychiques. Au début dépression, puis excitation, colères, tendances religieuses. Se tranquillise vers le milieu de juillet, l'intelligence s'éclaircit. Nouvelle période de dépression vers le mois de septembre; suivie d'un stade de lucidité à la fin du même mois. Dépression vers le milieu d'octobre, rémission au début du mois de décembre avec nouvelle période de dépression vers la fin de l'année. Au commencement du mois de janvier 1889, excitation, combativité. Rémission depuis le milieu du mois de janvier jusqu'au milieu du mois de mars 1889; s'évade de l'asile; mais est ramené vers le milieu du mois de juillet, après avoir voulu tuer son père et d'autres personnes.

Consécutivement, périodes alternatives de dépression et d'exaltation coupées d'intervalles lucides jusqu'en août 1890; à ce moment le calme s'établit, l'intelligence se ranime; le malade doit être considéré comme guéri.

2. Jeune fille de 18 ans. Mère morte phtisique. Hérité nerveuse. Cause occasionnelle: émotion morale. Admise à l'asile vers le milieu de décembre 1889. Affaiblissement général, dépérissement, allures puériles, mange à la cuillère. A déjà été prise de troubles psychiques à l'âge de 15 ans et en juillet 1889; ils ont eu une durée de quatre semaines et s'accompagnaient de tendance au suicide. Récidive à début brusque en décembre 1889. Pas de changement dans l'humeur; pas d'affaiblissement de l'intelligence; alternatives d'excitation et de dépression; pendant la période d'excitation, délire religieux, pendant la période de dépression, délire de persécution. Puis brusquement elle montre de la défiance envers ses parents et devient agressive. En juillet 1891, la malade se trouvait dans une nouvelle période de dépression; les périodes dépressives ont une durée toujours plus longue que les périodes d'exaltation.

3. Jeune fille de 15 ans; taille moyenne, bon état de la nutrition générale, bonne constitution; bien développée pour son âge; menstruation irrégulière et douloureuse, hérité psychopathique. Cause occasionnelle: troubles de la menstruation (?). Huit mois avant son admission dans l'asile, elle a été prise de troubles psychiques avec intervalles lucides de durée variable. Incohérente, agressive, furieuse pendant les périodes d'excitation. Elle allait de mal en pis avant son entrée à l'asile; au moment de son admission, lucidité d'esprit relative; puis période d'excitation qui s'accroît peu à peu; la

malade devient incohérente, agressive. En octobre, le calme se rétablit; la malade est réglée. Amélioration corporelle en novembre; la malade quitte l'asile. Elle y est ramenée vers le milieu du mois de février 1891; depuis une semaine, elle est de nouveau en proie à une excitation morbide; pendant son séjour hors de l'asile, les règles avaient reparu régulièrement, la nutrition générale était restée bonne; puis, elle est redevenue incohérente, agressive, sans qu'on sache à quelle cause attribuer cette rechute. Le calme se rétablit vers le mois de mars; mais au milieu du mois, elle est prise d'une attaque de grippe suivie d'une nouvelle période d'excitation et de délire; les règles sont suspendues; la malade est incohérente, érotique, à allures bizarres. Cette situation se finit au mois d'avril; elle se calme; les règles réapparaissent; depuis cette époque l'auteur ne l'a plus revue.

J. D. B.

Démence chronique primaire de la jeunesse (dementia præcox),
par A. PICK (*Prager med. Wochensch.*, 1891).

Cette forme d'aliénation mentale dont l'auteur cite trois cas se rencontre pendant la puberté et pendant les quelques années qui la suivent. Il y a chez les malades qui en sont atteints malformation du crâne; l'auteur la considère comme une cause importante de l'affection; le crâne est dolichocéphale, scaphoïde dans sa portion antérieure; la suture frontale est fortement accusée. Il est rare que la maladie éclate chez des héréditaires; Morel y voit cependant une forme de folie héréditaire, il rapproche la précocité intellectuelle remarquable de ces malades de la mort précoce de leur intelligence. « Les fonctions intellectuelles cessent brusquement de se développer; l'on voit apparaître les symptômes d'une démence précoce; preuves évidentes de ce fait que la substance cérébrale du jeune malade a atteint les limites de son développement possible. »

Notons dans l'étiologie de l'affection que certaines maladies somatiques, fébriles et infectieuses notamment, dont le malade s'est complètement guéri, peuvent jouer un rôle causal dans l'apparition de la démence chronique primaire de la jeunesse; l'auteur sépare ces cas de ceux qui ne reconnaissent comme élément causal que le développement intellectuel et corporel.

Parmi les premiers symptômes il y avait une certaine distraction et de l'apathie, incoordination de la pensée qui frappe aussitôt le médecin et qui persiste pendant toute la durée de la maladie, l'allure et le langage niais et simpliste. Cependant il arrive que la mémoire reste fidèle; mais par suite de l'incohérence de la pensée le malade répond lentement; ses réponses tombent mal à propos.

Les malades atteints de démence chronique primaire, surtout les jeunes gens, ne sont conduits chez le médecin qu'après qu'on les a fait à diverses reprises changer d'école. Le traitement dans l'asile est peu efficace; il faut voir la cause de cet insuccès dans la décrépitude intellectuelle; la démence s'accroît rapidement; rarement il y a arrêt dans la marche de la maladie.

Au point de vue du diagnostic différentiel, il faut se garder de prendre ces cas dans leur première période pour de la mélancolie; cela arrive souvent lorsque la maladie prend une teinte dépressive; l'observation prolongée du cas, l'allure niaise du malade seront les meilleurs éléments du diagnostic. On arrivera de même, mutatis mutandis, à distinguer la démence chronique primaire de la paranoïa. Quant à l'hébétéphrénie l'auteur la considère comme une forme un peu modifiée de la démence précoce.

J. D. B.

La syphilis et l'alcoolisme dans la paralysie générale, par le Dr TOULOUSE (*Gaz. des Hôpitaux*, 1892).

Tout récemment, le Dr Jacobson de Copenhague, dans une revue anglaise, apportait de nouveaux documents en faveur de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale.

On en est encore à la période des statistiques, dans l'impossibilité où l'on se trouve de tirer de la clinique ou de l'anatomie pathologique des arguments plus sérieux.

Jacobson a recueilli 116 observations de paralysies générales, traitées pendant une période de vingt-six ans, et les a réparties de la façon suivante : sur ces 116 cas, il en a trouvé 37 où la syphilis était certaine et 13 où elle était probable, ce qui fait un total de 43 syphilitiques pour 100 paralytiques généraux. Même ce chiffre paraît plutôt un minimum, car beaucoup de malades arrivent à l'asile dans un état mental tel qu'il est impossible de tirer d'eux aucun renseignement. Ils sont le plus souvent incapables de donner des renseignements sur leurs antécédents et surtout des antécédents syphilitiques, parce qu'ils sont fugaces et n'empêchent pas le sujet de travailler. Comment alors dénicher la syphilis ?

Il est deux manières pour établir un antécédent morbide : rechercher une trace ineffaçable, un stigmate physique (cicatrice de gomme, exostose ou poly-adénite chronique); ou encore avoir recours à une interrogation rétrospective sur les symptômes antérieurs de la maladie. La première méthode, la meilleure, est le plus souvent impraticable. Lorsque les paralytiques généraux viennent dans un asile, la syphilis est souvent vieille de plusieurs années et toute trace d'elle a disparu ou est d'une authenticité douteuse. Pour reconstruire

l'histoire morbide, on se heurte, à l'affaiblissement intellectuel du malade et, à l'ignorance réelle ou feinte des parents.

La syphilis est une maladie souvent latente; on ne peut la comparer à la tuberculose ou à certaines maladies aiguës, dont les symptômes sont connus par le grand public. En outre, la plupart entoureront leurs accidents syphilitiques du mystère le plus profond.

Aussi, il n'est pas étonnant que les statistiques visant la syphilis soient si dissemblables. Voici les principales causes d'erreur :

1° L'opinion du médecin : Est-il pour l'étiologie syphilitique, il sera porté à attacher une signification absolue à des renseignements anamnestiques sans grande valeur par eux-mêmes (maux de tête ou de gorge, éruptions cutanées). Est-il contre cette étiologie, il sera d'une rigueur critique telle que, comme il y a très rarement des signes critères absolus d'une syphilis passée, aucun symptôme de probabilité ne trouvera grâce devant lui;

2° L'éducation syphiligraphique du médecin : C'est, en effet, dans les milieux où la syphilis est la mieux connue, qu'elle est la plus fréquemment notée dans l'étiologie de la paralysie générale;

3° Le milieu social auquel appartient le malade : Dans les basses classes, le secret sur les maladies vénériennes est moins bien gardé que dans la bourgeoisie aisée;

4° L'importance du centre où est situé l'asile : Dans une grande ville, comme à Paris, beaucoup de malades vivent isolés, loin de leur famille. Dans un petit asile de province, il est plus facile au médecin de procéder à une enquête minutieuse auprès des parents.

5° Enfin même l'état civil et le sexe du malade : Célibataire, un syphilitique pourra garder sur ses accidents spécifiques un secret plus grand que s'il est marié, c'est-à-dire exposé à trahir son mal dans une contagion conjugale, qui le dénonce. La femme est, de plus, très fréquemment ignorante de sa maladie, car le chancre induré passe chez elle souvent inaperçu.

Dans les pays où la majorité des médecins admettent l'étiologie syphilitique, certaines statistiques sont très favorables à cette hypothèse. Mendel a trouvé un peu plus de 50 %. Rieger a noté 40 % environ. Mac Dowall a cru pouvoir la syphilis 80 fois sur 100.

En France, où il existe plutôt une tendance hostile à cette étiologie, les premières statistiques furent contraires à la doctrine syphilitique. Magnan ne trouva, sur 100 paralytiques, que 5 syphilitiques, dont un seul certain. Voisin ne trouva qu'une proportion de 1,60 %. Mais peu à peu l'idée allemande faisait du chemin : Régis trouva 80 % de syphilitiques, Bonnet (66 %) et Anglade (81,8 %).

On ne doit accueillir ces statistiques qu'avec réserve? Il faut bien indiquer, les symptômes spécifiques qu'on a constatés, ou, à leur

défaut, les renseignements anamnestiques donnés par le malade ou l'entourage. C'est la seule manière d'apporter des arguments solides dans la question de l'étiologie syphilitique.

En France, les travaux publiés dans ces derniers temps, sur cette question, contiennent des documents d'une certaine valeur.

Trois opinions principales partagent les aliénistes. Les uns (Heubner, Mickle et Fournier) admettent que la syphilis provoque des pseudo-paralysies générales. Les caractères spéciaux de la pseudo-paralysie syphilitique seraient : l'absence du délire des grands; la prédominance de la forme dépressive; la fréquence des paralysies partielles localisées (surtout des paralysies musculaires de l'œil et l'hémiplégie); une possibilité de guérison; une démence moins profonde; et une évolution plus longue. Bal, Voisin et Charpentier ont accepté cette opinion. Mais on objecte que ces pseudo-paralysies syphilitiques ne rappellent que de loin la vraie paralysie générale, que ce sont des démences liées à des lésions circonscrites du cerveau. En effet, le diagnostic clinique entre ces deux groupes de maladies est parfois très difficile.

D'autres croient que la syphilis peut produire la vraie paralysie générale (Mendel, Mac Dowall, Goldsmith). Kjellberg et Régis, affirment que la paralysie générale ne se développe que chez des syphilitiques. La majorité des aliénistes français ne partagent pas cet avis. Comment agirait la syphilis dans ces cas? Comme cause déterminante agissant sur un terrain prédisposé, ou comme cause principale, efficiente, dont les auxiliaires seraient d'autres facteurs, (surmenage, alcoolisme, etc.). On s'est même demandé si la production de la paralysie générale ne serait pas, dans certains cas, sous la dépendance de la nature spéciale du virus syphilitique. Morel-Lavallée a publié des observations de plusieurs individus syphilitiques et devenant plus tard paralytiques généraux.

Enfin, quelques médecins ne croient pas à l'influence de la syphilis dans la démence paralytique. Magnan n'a pas vu de cas confirmant cette hypothèse, quoiqu'il ne rejette pas *a priori* cette idée que la syphilis puisse produire une encéphalite interstitielle diffuse, qui est, d'après lui, la lésion caractéristique de la paralysie générale.

L'anatomie pathologique devrait trancher la question. Mais il résulte des récentes recherches que, dans la paralysie générale d'origine syphilitique probable, il n'y a pas de lésions spécifiques. La syphilis provoquant la paralysie générale, cette dernière évoluerait avec ses caractères histologiques propres. Cela expliquerait l'impuissance du traitement anti-syphilitique dans les cas de ce genre.

La dernière discussion sur les rapports du tabes et de la paralysie générale a porté sur deux points qui se rattachent à la nature

anatomo-pathologique de la paralysie générale et son étiologie syphilitique. Sur la lésion fondamentale et essentielle de la paralysie générale, l'accord n'est pas fait. Ballet croit à une encéphalite interstitielle diffuse péri-vasculaire et conjonctive. Rendu admet que le parenchyme est lésé en même temps et que la lésion atteindrait d'abord les cellules, opinion qui se rapproche de celle de Joffroy qui place dans ces éléments l'altération première de la maladie.

Enfin Raymond accorde aux lésions des tubes nerveux une importance plus grande. Au point de vue étiologique, Raymond et Rendu, qui sont pour l'identité de la paralysie générale et du tabes, font jouer à la syphilis un grand rôle dans la production de la paralysie générale. C'est même un argument en faveur de l'identité des deux maladies que cette étiologie semblable. Ballet et Joffroy tout en faisant la part du facteur syphilitique, ne négligent pas les autres.

L'alcoolisme aussi revendique sa part étiologique dans la production de cette maladie.

Magnan croit que l'alcoolisme chronique peut produire la vraie paralysie générale. D'autres pensent que l'intoxication par l'alcool peut engendrer des complexus symptomatiques analogues à la paralysie générale, mais nullement identiques.

Il n'y a que deux manières de trancher la question au sujet de l'étiologie alcoolique de la vraie paralysie générale. On peut montrer que, dans les deux maladies, il y a identité des lésions histologiques ou encore prouver par des faits cliniques le rapport de causalité entre l'une et l'autre de ces deux affections.

Magnan fait de la sclérose interstitielle la lésion fondamentale de la paralysie générale. La sclérose étant le processus histologique le plus fréquent de l'alcoolisme chronique, on comprendait de la sorte les rapports de cette maladie avec la paralysie générale qui n'en serait que la localisation cérébrale. Cette doctrine a été attaquée par Rendu et Joffroy. L'histologie, pour le moment, ne peut pas résoudre le problème. Force donc est de se contenter de la clinique.

Berbez a dressé une statistique comprenant le nombre comparatif des alcooliques et des paralytiques généraux entrés à Sainte-Anne durant chaque trimestre de printemps de ces dix dernières années. Il a choisi le trimestre hivernal, parce que Garnier a prouvé, par des chiffres, que c'était la saison de l'année où les admissions d'alcooliques et de paralytiques généraux étaient les plus nombreuses.

Ce tableau apprend que le nombre des entrées des paralytiques et des alcooliques, qui était de 63 et de 58 au printemps de 1882, est, en 1891 de 101 et de 136 pour le même trimestre. Il y a donc eu, dans cette dernière période décennale, une augmentation progressive et à peu près parallèle des cas de paralysie générale qui ont presque doublé et de ceux d'alcoolisme qui ont plus que doublé,

Ces résultats sont d'accord avec ceux de Garnier et de Planès. Ce dernier auteur a trouvé, pour une période entre 1872 et 1888, que le nombre des admissions avait, en dix-sept ans, triplé pour les alcooliques et doublé pour les paralytiques.

Il faut tenir compte, dans l'examen de ces chiffres, de l'augmentation de la population parisienne et peut-être aussi de différentes causes qui rendent les séquestrations et notamment des alcooliques et des paralytiques généraux, plus nombreuses que par le passé.

Quoi qu'il en soit, il y a un accroissement progressif et parallèle des cas de paralysie générale et d'alcoolisme. C'est là une présomption sérieuse, en faveur d'un rapport entre ces deux états morbides. Mais quelle est la nature de ce rapport ? L'alcoolisme produit-il la paralysie générale ou y prédispose-t-il seulement, ainsi que toute autre cause de surmenage et de débilitation ?

Les observations de Berbez ont une signification qui, au point de vue de ce dilemme pathogénique, est plus nette que les statistiques. Il a recherché tous ceux où, la paralysie générale étant certaine, il n'existait aucune autre cause que l'alcoolisme chronique. On conçoit que le reliquat ne doit pas être considérable ; Berbez a trouvé une dizaine d'observations remplissant les conditions qu'il avait déterminées. Ces observations ont une réelle valeur.

Il s'agit de vieux alcooliques, où l'intoxication s'est manifestée par des troubles psychiques ou physiques. Ces malades, après une durée variable d'excès de boisson, présentent les symptômes caractéristiques de la paralysie générale. La ligne de démarcation entre l'intoxication alcoolique et la paralysie générale est le plus souvent impossible à délimiter. Beaucoup de symptômes sont communs aux deux (affaiblissement intellectuel, embarras de la parole, inégalité pupillaire, tremblement). Cependant il existe des nuances qui peuvent différencier ces divers troubles morbides. Ainsi l'intelligence est plus touchée chez le paralytique, dont la démence frappe en masse toutes les facultés. L'alcoolique bredouille et ne présente pas d'ordinaire cette scansion et ce redoublement de certaines lettres si caractéristiques chez le paralytique. Enfin l'inégalité pupillaire est plus commune chez ce dernier, où l'on remarque, en outre et presque toujours, le signe d'Argyll-Robertson. Lorsqu'il existe des hallucinations de la vue, à caractère terrifiant, surtout la nuit, on peut affirmer que l'alcoolisme est surtout en cause.

Toutefois, il est très difficile de dire si un alcoolique, qui présente ces grands symptômes démentiels et physiques, deviendra paralytique et à quel moment. Seule l'évolution progressive de la maladie indique la voie dans laquelle est entré le malade.

Un écueil est encore à éviter quand on examine des alcooliques

dégénérés; Berbez a insisté sur cette difficulté de diagnostic : il existe des alcooliques, des héréditaires, p. ex., qui, à l'occasion d'un excès, présentent un délire ambitieux assez incohérent et rappelant celui des paralytiques. Cependant, il n'est jamais aussi absurde ni aussi contradictoire que le délire propre à la paralysie générale. Le dégénéré alcoolique conserve une certaine intelligence, qui coordonne ses idées délirantes et leur donne une cohésion, absente chez les déments paralytiques.

Lorsque la paralysie générale est déclarée chez un alcoolique, elle n'a aucun symptôme spécial. Quelles sont les preuves de ce rapport? D'une part, l'absence d'autres causes connues : et, d'autre part, cette continuité dans les symptômes de l'alcoolisme chronique et de la paralysie générale. C'est bien ce passage insensible entre les deux états morbides, qui est en même temps toute la difficulté du diagnostic et la preuve clinique la plus évidente du lien causal qui unit ces deux maladies. L'affaiblissement de l'intelligence, les troubles de la parole et les autres symptômes physiques apparaissent chez l'alcoolique, candidat à la paralysie générale, à une époque tellement éloignée de la terminaison qu'on ne peut les rattacher qu'à l'alcoolisme chronique. Ces troubles divers évoluent lentement, se transforment lentement, prennent des caractères qui en précisent peu à peu la fâcheuse signification. Puis, un jour, les intermédiaires ont disparu : l'alcoolique est devenu un paralytique général.

Il serait à désirer que les observations analogues à celles de Berbez soient multipliées, c'est-à-dire qu'elles aient la conclusion anatomo-pathologique qui confirme le diagnostic clinique.

J. M.

Examen anthropologique du parricide Raimund Hacker, par
BENEDIKT (*Neurol. Centralbl.*, 1892).

R. Hacker avait l'intelligence très obtuse, les sentiments affectifs très émoussés; il tua sa mère durant une dispute.

A l'autopsie, on trouve disséminées çà et là des adhérences de la dure-mère aux os du crâne et l'existence d'un nombre considérable de granulations de Pacchioni. Poids du cerveau 1500 grammes.

Cerveau : la fissura rhinalis a atteint son complet développement comme chez l'animal; la circonvolution de l'hippocampe est atrophiée. Orientation particulière de la scissure pariéto-occipitale qui se dirige fortement en arrière et en bas; par suite atrophie du cunéus et du gyrus lingualis; le lobe quadrilatère a un développement exagéré; il a une tendance à se diviser en trois circonvolutions longitudinales. Le sillon calloso-marginal se prolonge en arrière, séparant le lobule quadrilatère du gyrus fornicatus.

Atrophie de la troisième circonvolution frontale à la surface externe de l'hémisphère droit. La scissure précentrale communique avec la scissure de Sylvius; il en est de même de la scissure rétrocentrale. La scissure pariéto-occipitale communique avec la partie postérieure de la scissure interpariétale; la première scissure temporale avec la partie antérieure de la scissure pariétale; les deux plis de passage sont ainsi coupés en deux tronçons.

Stigmates des plus significatifs à la base du crâne et à la mâchoire.

Le point médian du menton se trouve situé sur la même ligne verticale que la racine du nez; le point médian inférieur du menton dépasse de 21 millimètres les dents incisives médianes.

Le palais a une hauteur absolument insolite. Le trou occipital a une direction presque horizontale.

J. D. B.

Affections mentales chez les correctionnaires. Contribution à l'étude des rapports existants entre l'aliénation mentale et la criminalité, par A. KÜHN (*Neurol. Centralbl.*, 1892).

On trouve dans les maisons de correction une proportion d'aliénés double de celle que l'on rencontre chez les prisonniers. 8 % des correctionnaires sont atteints de psychoses entraînant d'emblée leur irresponsabilité. Les correctionnaires qui n'ont aucune tare intellectuelle avant leur entrée à l'établissement ne sont que rarement atteints de psychose fonctionnelle.

L'auteur a étudié près de 10,000 correctionnaires. Il ne croit pas à la folie de la criminalité, parce que certains criminels devenus aliénés présentent des symptômes spéciaux.

K. donne l'histoire de 144 malades, classés comme suit :

Mélancolie, 2; manie, 4; paranoïa, 76; idiotie héréditaire ou acquise, 38; paralysie générale, 12; folie épileptique, 12.

Il ne cite aucun cas d'épilepsie simple sans aliénation mentale.

La condamnation de 102 correctionnaires aliénés a été prononcée alors qu'ils se trouvaient dans un état de caducité mentale.

K. en conclut : 1° que la constatation de la responsabilité du délinquant doit faire partie intégrante de l'instruction; 2° qu'une inspection sérieuse des prisonniers doit être pratiquée de temps à autre par des médecins aliénistes compétents.

K. ne croit pas que la proportion de malades dangereux soit plus grande parmi les prisonniers devenus aliénés que parmi les aliénés ordinaires; pour lui tout prisonnier devenu aliéné doit être transféré à l'asile ordinaire.

J. D. B.

Un cas de myxœdème avec troubles psychiques traité par les injections de suc thyroïdien, par le Dr DE BOECK (*Journ. des Sciences méd. de Bruxelles*, 1892).

Les résultats obtenus par ce traitement sont peu marqués au point de vue mental, mais intéressants au point de vue physique. Ils apportent une présomption très grande en faveur de la théorie émise par Slosse et Godart sur l'action lymphagogue du liquide thyroïdien.

La malade présente tous les symptômes physiques du myxœdème. Elle est âgée de 24 ans; la maladie a débuté insensiblement et, probablement, longtemps avant qu'on s'en soit aperçu réellement, déjà avant la période de la puberté; les organes génitaux ne sont pas développés et la malade n'a jamais été réglée.

Les symptômes psychiques ont été les premiers qui aient attiré l'attention; la malade avait de l'insomnie, des craintes vagues; d'une intelligence très développée jusque-là, elle s'écartait de ses compagnes, devenait incapable de tout travail intellectuel, tombait dans le mutisme le plus absolu; d'une éducation parfaite, elle lançait à ceux qui la soignaient les insultes les plus graves, les injures les plus grossières. A la fin de l'année 1891, la malade présentait tous les symptômes psychiques de l'idiotisme.

La peau est envahie tout entière par un œdème dur, ne conservant pas la trace du doigt; la taille, petite, ne dépasse pas 1^m32; la tête est grosse; les extrémités des membres, courtes et trapues, les cheveux raidis, rares, épais. La malade vit d'une existence purement végétative et est en proie à un gâtisme de nuit et de jour.

Depuis quelques années, les travaux sur le fonctionnement de la glande thyroïde se sont accumulés.

Glande sans conduit excréteur, la glande thyroïde ne peut avoir pour fonction que de détruire certains principes toxiques produits par l'économie ou de sécréter certaines substances qui les neutralisent. Il devenait naturel ainsi d'inoculer une glande saine aux individus atteints d'une maladie de cet organe, à ceux qui en sont privés, ou bien de leur injecter le suc de la glande saine.

Murray, le premier, le fit chez l'homme, et constata la disparition rapide des symptômes du myxœdème sans troubles psychiques.

Les injections se font à l'aide de la seringue de Pravaz dans le tissu musculaire ou dermique du dos; il faut avoir soin de prendre toutes les précautions antiseptiques nécessaires: lavage de la peau à l'aide d'eau et de savon, puis désinfection par une solution antiseptique. L'injection terminée, D. couvrait la peau de collodion.

On débarrasse soigneusement la glande fraîche des tissus cellu-

lares et graisseux qui l'enveloppent. Puis on divise la glande en petits fragments, à l'aide de ciseaux fins. Ces fragments sont placés pendant vingt-quatre heures dans un tube stérilisé, et additionnés de 1 centimètre cube de solution phéniquée, légère (0,5 %) et 1 centimètre cube d'eau stérilisée. Après vingt-quatre heures on filtre sur une toile fine préalablement stérilisée. On obtient ainsi un liquide louche, rougeâtre.

Toutes ces opérations ont été pratiquées sous l'asepsie la plus rigoureuse.

D. a fait du 3 janvier au 10 mai vingt-huit injections à intervalles plus ou moins éloignés, de trois jours au minimum. Actuellement le traitement est interrompu.

Au point de vue physique, les résultats obtenus sont remarquables. Dès la troisième injection, la diurèse a augmenté considérablement en même temps que la malade se plaignait de soif; l'œdème a disparu complètement, le poids est tombé de 44 à 35 kilogr.; les os sont redevenus apparents; leurs saillies, visibles. La face a pris une expression plus intelligente, l'attitude de la malade a varié: elle porte la tête droite et marche la poitrine redressée. Elle pleure en versant des larmes, ce que l'on ne constatait pas auparavant. Les cheveux ont changé de caractère; les portions récentes en sont absolument normales. La peau, de blanche qu'elle était, est devenue rosée; on la voit fortement vascularisée.

Au point de vue psychologique, les résultats sont moins brillants; mais une amélioration s'est produite cependant; les sentiments affectifs se sont partiellement réveillés; la malade sourit à ceux qui la soignent; elle est devenue plus caressante. Lorsqu'on la punit, elle promet de ne plus renouveler la faute commise. Elle n'est plus gâteuse. Les facultés intellectuelles ne se montrent guère développées; la malade, lorsqu'on cherche à l'occuper, se fatigue rapidement, devient irritable, se fâche et crie.

Depuis le 10 mai, l'amélioration physique s'est maintenue pendant quelque temps, mais, insensiblement, l'œdème est rétabli et actuellement (25 juin), il a pris un développement presque aussi considérable qu'avant les injections. L'amélioration psychique légère observée a persisté pendant plus longtemps.

Il est quelques points de cette observation sur lesquels D. insiste :

1. L'augmentation si considérable de la diurèse n'a pas persisté pendant longtemps; il n'a pas été possible d'évaluer la quantité exacte d'urine émise, mais l'observation seule de la malade suffit pour indiquer que l'augmentation était considérable.

2. Il n'a pas vu d'accidents pendant le traitement; à peine une ou deux fois les injections ont-elles laissé après elles une certaine induration qui a rapidement disparu.

3. La disparition de l'œdème a permis de constater l'absence de la glande thyroïde, ou du moins de sentir l'isolement de la trachée, dont les anneaux se percevaient chez la malade libres antérieurement et latéralement jusqu'à la partie inférieure du cou.

Il a semblé à D. que les os de la malade avaient un volume supérieur au volume normal; on le constatait surtout avec netteté pour le tibia, les os du pied et la main.

Le myxœdème paraît donc avoir une action profonde sur d'autres organes que la peau et ainsi s'expliquent les altérations de l'intelligence que l'on peut observer chez les malades atteints de cette affection; ainsi s'explique aussi l'insuccès au point de vue mental, rencontré par Carter et par D.

Kopp vient d'étudier les altérations qui se produisent dans le système nerveux du chien après ablation de la glande thyroïde. Elles expliquent comment l'amélioration psychique devient problématique chez les malades frappés de myxœdème depuis un certain nombre d'années. Il se forme dans les faisceaux nerveux un tissu conjonctif nouveau; les cellules de l'écorce cérébrale dégèrent, et il a gonflement du cylindre-axe. Il est évident que la persistance de ces altérations pendant un temps donné doit amener la déchéance définitive du système nerveux.

Heidenhain a démontré que la production de la lymphe n'était pas due à la filtration seule; il existe certaines substances qui provoquent une augmentation de la quantité de lymphe qui passe du sang dans les tissus; les éléments de ces tissus sont baignés par un suc plus abondant; la quantité de lymphe qui s'écoule par le canal thoracique devient plus grande. D'autres substances déterminent également une augmentation de cet écoulement, mais par un autre procédé: elles attirent hors des éléments des tissus, dans les espaces interlymphatiques, l'eau des éléments qui s'élimine alors dans la circulation, soit directement par les veines, soit indirectement par les voies lymphatiques; par suite, la diurèse augmente.

Les expériences de Heidenhain donnent l'explication la plus nette des principaux symptômes de certaines affections, de polydypsie et la polyurie du diabète sucré et les phénomènes identiques notés à la suite des injections: augmentation de la diurèse, soif et dégonflement des tissus. La glande thyroïde paraît donc renfermer une substance de décomposition chimique non définie jusqu'ici, mais à action physiologique bien déterminée sur la production de la lymphe, analogue à celle des lymphagognes du second ordre de Heidenhain.

J. M.

Les hallucination unilatérales, par ED. TOULOUSE (*Gaz. des Hôp.*, 1892).

A l'occasion d'un cas d'hallucination unilatérale, rapporté récemment, T. a fait une étude d'ensemble et une revue critique de la question pour prouver ainsi qu'à côté des hallucinations unilatérales provoquées par une lésion périphérique de l'oreille, il peut en exister d'autres que l'on peut rattacher à une lésion cérébrale.

Les hallucinations unilatérales sont un symptôme peu fréquent. Elles passent souvent inaperçues. Il faut une certaine attention, absente dans beaucoup d'états hallucinatoires, tels que l'alcoolisme subaigu, certaines formes de mélancolie, les démences circonscrites et aussi la paralysie générale, pour rapporter à une seule oreille le son d'une voix et surtout à un seul œil la vision d'un objet.

Comme les hallucinations unilatérales sont des arguments invoqués en faveur des différentes théories de l'hallucination en général, rappelons brièvement ces dernières.

Lorsque Esquirol écrivait : « Les prétendues sensations des hallucinés sont des images, des idées, *reproduites par la mémoire*, associées par l'imagination et personnifiées par l'habitude; » il n'était pas loin de nous, qui croyons que l'hallucination est causée par l'excitation des centres corticaux, depositaires des résidus de la mémoire.

Baillarger admettait des hallucinations psycho-sensorielles et des hallucinations psychiques, où l'élément sensoriel n'intervenait pas, et qui maintenant, d'après Séglas, sont des hallucinations des centres différenciés du langage.

Cette théorie, un peu vague, n'est plus complètement acceptée aujourd'hui. On a cherché à déterminer plus exactement le siège anatomique de l'hallucination. La théorie centrale a été édifiée, d'abord par Luys et Ritti, qui considéraient l'hallucination comme une conséquence de l'excitation des couches optiques, centres d'élaboration de toutes les sensations, et, par Tamburini, qui a placé le siège des hallucinations dans les divers centres de l'écorce cérébrale.

L'excitation corticale pourrait être la conséquence, soit d'une lésion encéphalique, soit d'une lésion des organes sensoriels ou des nerfs conducteurs, dont l'irritation retentirait jusque sur le centre cortical : T. se rallie à cette hypothèse, déjà confirmée par la physiologie et l'anatomo-pathologie; il fait servir certains cas observés d'hallucinations unilatérales à la confirmation de cette théorie.

Donat parle d'une femme âgée de 50 ans, qui, après une maladie grave, aurait présenté le phénomène suivant : quand on ouvrait l'œil gauche, et que le droit était fermé, la malade voyait des araignées et des spectres. Si l'on intervertissait la manœuvre, ces apparitions ne

se produisaient plus. Ce cas est rapporté d'une manière incomplète. On doit savoir, dans les faits de ce genre, si l'appareil sensoriel ou l'encéphale est lésé et en quel point.

Maisonneuve (1805) a donné l'observation d'un jeune homme de 20 ans, devenu épileptique à l'âge de 3 ans, après une chute sur le front. A 17 ans, avant son attaque, il voyait de son oeil gauche seul une roue dentée, dont le centre est occupé par une figure hideuse. Sa jambe et son bras gauches étaient plus faibles. Il y avait des douleurs dans la cuisse gauche. Il est permis de supposer ici une lésion de l'hémisphère droit (hémiparésie gauche et l'hallucination visuelle pré-épileptique du même côté).

Glynn a publié en 1877, l'observation d'une jeune fille de 18 ans, atteinte d'une diplopie de l'oeil gauche avec double névrite optique; elle entendait des bruits dans l'oreille gauche seulement. Quelques jours après, elle eut un ptosis de la paupière gauche. Elle avait, à ce moment, une paralysie faciale du même côté, ainsi qu'une dysesthésie sensorielle. L'oreille gauche ne pouvait percevoir le bruit d'une montre; l'oeil gauche était achromatopsique et son acuité visuelle était diminuée, l'odorat et le goût étaient aussi presque abolis du même côté. La malade est prise d'attaques convulsives, et meurt trois mois après dans un accès épileptiforme. A l'autopsie, on trouva un abcès situé à la partie antérieure de la première temporo-sphénoïdale droite, s'étendant en bas et en dedans vers la base du cerveau (siège du centre de l'audition).

Régis publia, en 1881, une étude sur les hallucinations unilatérales. Il y établit une théorie pathogénique qu'il formule ainsi : « L'hallucination unilatérale reconnaît pour cause une lésion unilatérale des sens. » Toutes ses observations ne semblent pas confirmer cette loi. D'ailleurs, il fait une restriction à son affirmation, et admet que « l'hallucination peut avoir sa source dans une lésion matérielle des sens, et cela, dans une partie quelconque de leur trajet. »

Régis cite un cas en faveur de la théorie de Tamburini : l'excitation corticale paraissait due à la lésion de l'organe sensoriel périphérique.

Schüle, Ball et Max Buch citent des cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe, et coïncidant avec une otite moyennée. Le traitement local aurait amélioré l'état mental.

Magnan cite des malades ayant des hallucinations bilatérales, mais à caractère différent. Un homme entendait par une oreille des injures, qui furent l'origine d'idées de persécution, et par l'autre des propos gais et flatteurs, qui déterminèrent l'éclosion d'un délire ambitieux. Dans trois autres cas, les hallucinations ambitieuses étaient à gauche et les hallucinations pénibles à droite. Ces faits

s'éloignent un peu des hallucinations unilatérales simples. Elles sont en faveur de l'hypothèse de la dualité des deux hémisphères, et les expériences de Dumontpallier lui apportent un argument de plus.

On peut rapprocher de ces expériences celles faites sur les hystériques par Charcot. On détermine des hallucinations unilatérales, en suggérant la perte de la vision d'un œil ou même en laissant subsister la sensibilité sensorielle dans les deux yeux du sujet. Charcot a, en outre, observé que certaines hystériques hémi-anesthésiques avaient des hallucinations de la vue localisées dans l'œil atteint d'amblyopie. On ne peut pas conclure de ces expériences, les lésions de l'hystérie étant inconnues. Cependant, dans les hallucinations unilatérales chez les hémi-anesthésiques hystériques, on ne peut s'empêcher de voir une ressemblance avec les cas où ce phénomène est lié à une lésion cérébrale. En effet, dans ces deux ordres de faits, le sens affecté par l'hallucination n'est atteint que fonctionnellement; et il paraît légitime d'admettre que la cause de ces phénomènes hallucinatoires et sensoriels est bien la même, la lésion en foyer chez les circonscrits et la lésion dynamique, probablement de même siège, chez les hystériques.

Mabille a publié l'observation d'une femme qui avait un délire mélancolique, avec des hallucinations de l'oreille droite (grain de blé entouré d'un amas de cérumen dans le conduit auditif externe). Dès qu'on eut enlevé le corps étranger de l'oreille, les hallucinations cessèrent. La malade guérit peu après de son état mélancolique.

Un homme âgé de 63 ans, rapporte Millot, avait des attaques épileptiformes, des idées délirantes de suicide et des hallucinations de l'ouïe de l'oreille droite. A l'autopsie on trouve un sarcome fasciculé de la face interne de la dure-mère au niveau de l'insula droit. « Les hallucinations unilatérales étaient du même côté que la tumeur »; il ne dit pas si le sarcome avait lésé le nerf auditif, ce qui est possible. Ce cas est assez obscur.

Weber a parlé d'un homme de 37 ans qui avait des hallucinations à l'oreille gauche, sans qu'il y eût une lésion.

Tomachewsky et Ssismonowisch ont donné une observation très intéressante d'hallucination unilatérale. Nous l'avons résumé dans le *Bulletin de la Société de Médecine mentale*, 1889, p. 89.

Cette observation est très instructive. D'abord ces hallucinations de la vue, sans lésion des nerfs et bandelettes optiques et avec lésion du pli courbe avaient certainement une origine corticale. Ensuite, ce fait montre qu'une hémi-anesthésie générale et sensorielle ouïe et vue, très analogue à celles observées chez des individus atteints d'une lésion du carrefour de la capsule interne, peut être sous la dépendance d'une lésion étendue de l'écorce.

Raggi cite deux cas : Un homme, atteint de délire des persécutions sur un fond alcoolique, avait des hallucinations visuelles bilatérales et des hallucinations de l'oreille gauche, où étaient des bourdonnements que l'auteur rattache à une lésion périphérique. Une femme, âgée de 55 ans, commença à avoir des sensations lumineuses élémentaires (éclairs, feux rouges) dans l'œil gauche. Cinq ans après, ces visions disparurent après l'apparition d'une cataracte dans l'œil gauche, et se transportèrent dans l'œil droit. On fit, deux ans après, l'opération de la cataracte de l'œil gauche, et les mêmes phénomènes réapparurent dans cet œil. Puis, la cataracte s'étant développée dans l'œil droit, ce dernier cessa d'être affecté par les hallucinations. Peu à peu, la vision de l'œil gauche fut supprimée par une choroïdite, mais les sensations subjectives restèrent vivaces et même devinrent des hallucinations complexes (paysages, animaux). L'auteur attribue ces phénomènes hallucinatoires à la lésion périphérique du sens.

Lwoff a donné une observation d'hallucination unilatérale, chez un homme de 32 ans, alcoolique qui a eu une attaque congestive, pendant qu'il causait. Revenu à lui, il sentit de la faiblesse dans le bras et la jambe droite; depuis il a toujours traîné cette jambe et n'a pu plus travailler avec son bras. Quelque temps après, deux étourdissements semblables au premier. Avec cela, son état mental avait changé depuis la première attaque. « Cinq ou six mois plus tard, le malade eût des bourdonnements dans les oreilles, surtout du côté droit, suivis d'hallucinations de l'ouïe : le malade entend des paroles, des voix, mais par l'oreille droite seulement. »

La main droite de ce malade est plus faible que la gauche. Il l'avance, non pas comme la gauche, d'un coup, mais maladroitement; indécision dans le mouvement. Cette sorte d'ataxie du membre paralysé, cette perte du sang musculaire accompagne généralement ces paralysies cérébrales, chez les alcooliques chroniques avec lésions en foyer. Ce qu'il faut retenir, c'est que c'est très nettement après la paralysie que le malade a commencé à entendre des voix. Il n'est pas donc pas douteux que la cause de ces hallucinations unilatérales du même côté que les troubles moteurs, et survenues au même moment, reconnaissent la même cause, la lésion cérébrale.

Le cas de l'auteur est rapporté dans le Bulletin (voir p. 165).

Enfin, tout dernièrement, M. Féré a publié un cas (v. p. 195) d'hallucination unilatérale de l'ouïe, coïncidant avec une névralgie du trijumeau, avec éruption de zona sur certaines branches du nerf.

Les 39 cas d'hallucinations unilatérales rapportés se décomposent ainsi : dans 26, l'ouïe était affectée, dans 7 c'était la vue, dans 4 autres c'étaient la vue et l'ouïe; dans le cas de Tomachewsky,

l'ouïe, la vue et le tact étaient affectés à la fois, et dans 1 dernier, le tact était seul atteint (cas de Bousset).

Nous ne connaissons pas d'hallucinations unilatérales publiées de l'odorat et du goût; l'hypothèse de Michéa, rapportée plus haut, et voulant expliquer cette rareté des hallucinations unilatérales de ces deux derniers sens, par l'adossement dans tous leurs points des deux appareils sensoriels, est passible de plusieurs objections; toutefois, il est malaisé d'en mettre une autre à la place.

L'ouïe est le sens le plus fréquemment atteint. Sur 26 observations, 23 fois le sens d'un seul côté a été affecté (à peu près indifféremment le droit ou le gauche), deux fois il y a eu des hallucinations bilatérales, mais à caractère différent pour chaque oreille, et une fois les hallucinations se produisaient, tantôt à droite, tantôt à gauche, mais jamais par les deux côtés à la fois. Après l'ouïe, vient la vue, pour 7 cas, dont 1 à hallucinations bilatérales à caractère différent et 1 à hallucinations unilatérales, ayant affecté consécutivement le sens gauche et le sens droit. Le sexe et l'âge des malades paraissent sans influence sur la production de ces symptômes.

Les maladies mentales dans lesquelles on rencontre ces hallucinations unilatérales sont rangées d'après T. en trois groupes. Les hallucinations unilatérales ont coïncidé souvent avec une lésion périphérique du sens, d'autres fois elles étaient liées à un état vésanique (délire mélancolique et délire des persécutions) ou à un délire toxique (alcoolisme); enfin elles sont survenues chez des malades atteints de lésion circonscrite du cerveau.

Sur les 11 faits d'hallucinations unilatérales par lésion sensorielle, la plupart affectaient le sens de l'ouïe (7 fois sur 4). Les lésions de l'oreille constatées manquent de précision. Il serait surtout intéressant de savoir si, dans ces cas, le nerf auditif est lésé. Pour l'œil, on a constaté une choroïdite, une amblyopie, une papille blanchâtre. En général, la lésion siège sur le sens halluciné, mais parfois elle siège sur celui opposé, et d'autres fois même la lésion guérit l'hallucination. Dans ces deux derniers cas, il s'agirait d'illusions qui n'atteignent que l'œil sain et tant qu'il reste sain.

Quel rapport y a-t-il entre ces lésions sensorielles et les hallucinations observées? Quatre ont une grande valeur; ceux de Régis, de Ball, de Mabillet et de Buch, dans lesquels trois fois on a observé une guérison de l'hallucination avec la guérison de l'oreille, et une fois une amélioration simultanée des deux ordres de phénomènes à la suite d'un traitement local. Il semble donc qu'il doive y avoir un rapport de causalité entre une lésion sensorielle et les hallucinations du sens lésé. Mais, d'autre part, la fréquence des lésions sensorielles de la vue et de l'ouïe sans hallucinations indique bien qu'il y a dans

la production de ce phénomène un second facteur, qui n'est pas la seule lésion sensorielle. Est-ce alors la prédisposition vésanique du sujet? On l'admet aujourd'hui, quoique cette prédisposition ne soit guère qu'un mot. Est-ce la nature même de la lésion sensorielle, qui, par son extension centrale, provoquerait à peu près fatalement l'hallucination? Des observations histologiques éclaireront peut-être ce point un jour. Quoi qu'il en soit, les lésions sensorielles sembleraient devoir déterminer les hallucinations par l'excitation périphérique des centres sensoriels de l'écorce.

Les faits les plus intéressants et surtout les moins connus sont ceux d'hallucinations unilatérales, coexistant avec des lésions en foyer du cerveau. On en connaît six. Cas de Maissonneuve : hallucination de l'œil gauche, hémiparésie gauche, paralysie faciale et dysesthésie sensorielle gauches, attaques épileptiformes, abcès du cerveau sur le lobe temporal droit. Cas de Régis : hallucination de l'œil et surtout de l'oreille gauches, hémiparésie gauche, épilepsie. Cas des auteurs russes : hallucinations de la vue et de l'ouïe gauches, hémianesthésie générale et sensorielle, ainsi qu'hémiparésie gauches, attaques épileptiformes. Cas de M. Lwloff : hallucinations de l'oreille droite, hémiparésie droite, attaques congestives. Cas personnel : hallucinations de la vue et de l'ouïe gauches, hémiparésie et hémianesthésie générale et sensorielle gauches, attaques épileptiformes.

Cinq sur six avaient des crises épileptiformes, le sixième avait des attaques congestives. Tous étaient atteints d'une hémiparésie, qui, cinq fois, siégeait à gauche (symptômes habituels d'une lésion en foyer du cerveau).

Quel rapport y a-t-il entre ces lésions cérébrales et les hallucinations unilatérales? Chez tous ces malades, l'hallucination affectait le côté de l'hémiparésie et était survenue après les symptômes moteurs. En outre, tous ces malades, ayant eu des attaques épileptiformes, avaient-ils des lésions corticales, qui sont les causes ordinaires de celles-là? Au point de vue de la pathogénie de l'hallucination par irritation des centres sensoriels de l'écorce, cela a son importance.

L'œil du malade de Maissonneuve (1805) ne fut pas examiné. Glynn trouva un abcès au niveau de la première temporale droite (siège du centre de l'audition) et attribua, malgré cela, l'hallucination de l'oreille gauche à l'inflammation du nerf auditif passant près de l'abcès, qui s'étendait dans la fosse moyenne du crâne; il ne dit rien sur l'état histologique de ce nerf. Régis a constaté chez son malade, atteint d'hallucinations de la vue et de l'ouïe gauches, des lésions peu importantes de l'œil (taies anciennes sur la cornée, papille normale, mais avec une zone blanchâtre très éclatante), et

une simple diminution de l'acuité auditive de l'oreille, ce qui s'explique très bien par une lésion cérébrale. Le malade de Tomaschewsky offre le cas le plus net : l'œil gauche était halluciné, le nerf et les bandelettes optiques ne présentaient rien d'anormal, alors qu'il existait une lésion du pli courbe droit, où l'on localise le centre de la vision. En outre, la première temporale droite était lésée, et l'on se rappelle qu'il y avait aussi des hallucinations subjectives de l'oreille gauche; mais, comme l'oreille moyenne gauche fut trouvée contenant du pus, ce second fait n'a pas la valeur du premier. Le malade de Lwoff ne fut pas examiné au point de vue d'une lésion possible de l'oreille hallucinée. Enfin, le malade de T. a une sclérose double de l'oreille moyenne, qui, par son caractère bilatéral, ne joue très probablement aucun rôle dans la genèse de l'hallucination unilatérale, et une lésion centrale (probablement cérébrale) de l'audition gauche, qui paraît être la véritable cause du phénomène.

En résumé, chez tous ces malades, la lésion cérébrale fut la cause des hallucinations unilatérales. Il est difficile d'aller plus loin et de soutenir que la lésion était toujours corticale. Au point de vue de la pathogénie de l'hallucination, dans le cas de lésion en foyer, on conçoit qu'il est nécessaire que celle-là intéresse, soit le centre sensoriel cortical lui-même, soit les fibres qui en partent, dans leur trajet à travers le centre ovale ou la capsule interne. Nous n'avons pas de faits anatomiques de ce second groupe.

Mais les cas de Glynn et de Tomaschewsky s'expliquent par nos connaissances des localisations cérébrales (centre de l'audition dans le lobe temporal et surtout dans la première circonvolution temporale et celui de la vision dans le pli courbe). Gowers et Hughes Bennet ont rapporté des faits d'épilepsie symptomatique d'une lésion de la première temporale et dont l'aura consistait en sensations auditives perçues par l'oreille opposée. On a trouvé des altérations du lobe temporal chez des hallucinés chroniques. Mickle a constaté, chez des paralytiques généraux ayant eu des hallucinations de la vue et de l'ouïe, des lésions du pli courbe et des deux premières circonvolutions temporales.

Aussi la plupart des auteurs admettent que les centres sensoriels corticaux sont croisés par rapport aux organes sensoriels.

Enfin, dans quelques observations les hallucinations unilatérales étaient liées à un état vésanique ou à un délire alcoolique. La constitution de cette classe est assez artificielle. Dans la division des faits, T. a séparé d'abord ceux où il y avait des lésions sensorielles et ceux où les malades paraissent atteints de lésion cérébrale. Les autres n'ont pas grande signification. Cependant, parmi eux, on peut mettre à part les cas d'hallucinations bilatérales à caractère différent

de Bodin et de Magnan, et celui de Moreau, où les hallucinations se produisaient tantôt à gauche et tantôt à droite, mais jamais des deux côtés à la fois; l'explication du fonctionnement indépendant des deux hémisphères s'applique à eux.

Dans les vésanies, les hallucinations unilatérales n'ont pas la netteté, la fixité, que l'on constate dans les deux autres groupes. Sans connaître l'anatomie pathologique de ces maladies, il est probable que les hallucinations sont provoquées par des troubles hyperémiques des centres corticaux, ne laissant pas de traces durables après la mort. Ces lésions fonctionnelles doivent être symétriques, car les hallucinations sont ordinairement bilatérales. On conçoit, au contraire, que, dans le cas d'une lésion en foyer atteignant un seul centre sensoriel ou les fibres qui en partent, ou encore dans le cas d'une lésion sensorielle périphérique, retentissant sur le centre cortical, l'hallucination puisse rester unilatérale. Cependant, malgré que la lésion soit unilatérale, les deux centres symétriques peuvent très bien réagir tous les deux.

Luciani a noté que l'extirpation d'un centre de l'audition donne des troubles dans les deux sens, mais surtout dans celui opposé à la lésion expérimentale. Il pense avec Tamburini et Ferrier que les nerfs auditifs subissent une semi-décussation comme les nerfs optiques, si bien que chaque oreille a des connexions avec les deux centres auditifs, mais principalement avec celui du côté opposé.

Les conditions physiques et physiologiques des hallucinations unilatérales sont mal connues. La plupart des auteurs se sont contentés d'enregistrer le phénomène sans chercher à déterminer toutes les circonstances où il se produisait. Il est vrai que les expériences ne sont pas toujours commodes ni possibles, car les aliénés ne sont pas des malades ordinaires. Il aurait été pourtant utile, dans le but d'une classification future et même d'un diagnostic étiologique, de savoir si l'occlusion des yeux faisait, dans tous les cas, disparaître le phénomène, si la pression oculaire amenait le dédoublement de l'image, si l'objet occupait dans l'espace un point fixe, ou suivait le regard du malade, etc. Voici d'après Binet, la signification de ces différents cas. Cet auteur divise les hallucinations en centrales, qu'il cite à peine sans les caractériser, en objectives et en subjectives. Les objectives correspondent aux illusions, dont le point de départ serait un objet extérieur perçu réellement par le sens; les subjectives seraient des hallucinations proprement dites, mais dont l'origine serait toujours dans une excitation du nerf sensoriel, par exemple dans les modifications de pression du sang des vaisseaux rétiens; — ce qui fait, qu'il n'y aurait pas de limites tranchées entre l'illusion et l'hallucination, sinon que pour la vue, et dans le premier

cas, l'objet perçu, mais plus ou moins modifié, serait visible, et, dans le second, l'objet serait invisible, *latent*.

On comprend alors que des hallucinations objectives, visuelles p. ex., dont l'objet est extérieur au sens, doivent avoir pour caractères : la cessation de l'hallucination par occlusion du sens (fermeture de l'œil p. ex.), dédoublement de l'image par pression oculaire, qui détruit le parallélisme des axes visuels, situation déterminée dans l'espace de l'image exériorisée. Les hallucinations subjectives auront pour caractères de subsister et même parfois de se produire pendant l'occlusion des yeux, de ne pas se dédoubler, et de se déplacer avec le regard du malade, puisqu'en somme l'origine de ces hallucinations est dans une sensation subjective de la rétine.

T. a cherché s'il y avait un rapport entre certaines formes d'hallucinations subjectives ou objectives et leur cause, une lésion sensorielle ou cérébrale. Ce serait là un élément de diagnostic dans des cas douteux. Malheureusement la plupart des observations manquent de ces renseignements spéciaux. La malade de Tomaschewsky, qui avait une lésion cérébrale en foyer, paraît avoir eu des hallucinations subjectives de l'ouïe et de la vue; car l'occlusion de ces deux organes n'empêchait pas le phénomène de se produire. Le cas le plus intéressant, à cet égard, est la malade de Sepilli qui souffrait d'une hyperémie de la choroïde et avait des hallucinations visuelles unilatérales; un écran opaque placé à moins de 1 mètre de la malade faisait disparaître l'hallucination; un prisme posé devant son œil dédoublait l'image; l'occlusion de l'œil faisait cesser l'hallucination. Les lésions cérébrales détermineraient-elles des hallucinations surtout subjectives, et les lésions périphériques des hallucinations surtout objectives? C'est peu probable, car les hypnotisés, sans lésions sensorielles, ont justement des hallucinations objectives.

L'hallucination unilatérale est, en résumé, un symptôme d'une grande valeur. Quand elle est nette et constante, elle doit faire penser à une lésion sensorielle ou à une lésion cérébrale. Dans le premier cas, il est parfois facile de porter le diagnostic en examinant le sens affecté. Dans le second cas, on pourra ne trouver que des lésions fonctionnelles du sens atteint; mais alors on aura des troubles moteurs et sensitifs plus ou moins généralisés, et le diagnostic de lésion cérébrale en foyer pourra être porté.

Le pronostic varie dans les deux groupes de faits. Les lésions sensorielles sont parfois curables, et le traitement périphérique doit être institué. Les lésions cérébrales en foyer ne le sont généralement pas. L'hallucination unilatérale peut donc servir à faire poser un diagnostic plus précis, à établir un pronostic plus ou moins grave, et, enfin, à dicter dans certains cas un traitement curatif.

J. M.

Les troubles hystériques dans les maladies nerveuses d'origine organique, par le D^r C. H. HUGHES (*Alienist and Neurologist*, 1892).

L'hystérie peut rester à l'état latent à l'instar de tout autre névropathie jusqu'au moment où surgit une cause psychique ou pathologique. Étant essentiellement dûe à un trouble irritatif et fonctionnel des centres psycho-moteurs, sensoriels et ganglionnaires, il en résulte qu'elle peut se présenter concomitamment avec une lésion grave de la moelle ou du cerveau aussi bien qu'une douleur ou un spasme peut être la conséquence d'une maladie des centres profonds et même d'une névrite multiple des nerfs moteurs qui s'étend jusqu'aux centres médullaires ou qui entame les fibres sensitives contiguës de la périphérie. La thèse de l'auteur résulte d'une série d'autopsies qu'il a pratiquées depuis 1867; son opinion semble confirmée depuis la publication des travaux de Buzzard « *sur la simulation de l'hystérie dans les affections nerveuses de nature organique* » et de Charcot « *Clinique des maladies du système nerveux.* »

J. M.

Infections et épilepsie, par P. MARIE (*Sem. médic.*, 1892).

L'épilepsie est un syndrome sans existence autonome.

Les lésions cérébrales (sclérose névrogliose ou gliose), si longtemps niées chez les épileptiques, ont été souvent reconnues par Chaslin.

Il est d'ailleurs une variété d'épileptiques dont les centres nerveux offrent des lésions grossières indéniables. Ce sont les épileptiques atteints d'hémiplégie cérébrale infantile : chez eux, les altérations sont diverses, mais M. les considère toutes comme conséquences plus ou moins directes de maladies infectieuses. Comment, dans ces cas, apparaît-elle souvent avant 8 ans, mais aussi plus tard ?

C'est qu'à côté de la lésion initiale, depuis longtemps cicatrisée, il persiste un processus actif, pouvant déterminer des accidents nouveaux : épilepsie, troubles mentaux, etc.

En résumé, chez l'individu atteint d'hémiplégie cérébrale infantile, nous trouvons à l'origine une maladie infectieuse ayant provoqué des lésions grossières du cerveau; quelques mois ou quelques années après se montrent des attaques épileptiques.

Or, d'après P. M., dans un grand nombre de cas d'épilepsie dite idiopathique, on peut, par un interrogatoire minutieux, retrouver, dans l'enfance du sujet, une maladie infectieuse quelconque avec phénomènes nerveux (convulsions, p. ex.).

De même chez l'adulte, quand l'épilepsie apparaît tardivement, on trouve que le malade a eu auparavant une affection infectieuse (scarlatine, variole, fièvre typhoïde, éclampsie).

L'épilepsie n'est pas toujours le résultat d'une infection. Quelquefois, mais plus rarement, il s'agit d'une intoxication (alcoolisme, ergotisme).

Mais en tout cas, parmi les causes qui peuvent produire l'épilepsie, les infections tiennent de beaucoup le premier rôle. En outre, l'épilepsie n'étant qu'un syndrome lié à des altérations organiques des centres nerveux, n'est pas une maladie transmissible directement ou indirectement, et si, dans certaines familles, l'épilepsie est fréquente, c'est que leurs membres offrent tous une résistance moindre des centres nerveux vis-à-vis des infections. La cause de l'épilepsie est toujours extérieure au malade et postérieure à sa conception.

Au point de vue thérapeutique, il est une remarque à faire : c'est la suspension des attaques chez les épileptiques atteints de pneumonie, rhumatisme aigu, érysipèle, scarlatine, tuberculose pulmonaire, etc., toutes affections infectieuses ne pouvant influencer l'épilepsie que d'une façon indirecte, par les toxines qu'elles produisent. L'expérience apprendra quel microbe on doit cultiver pour obtenir les meilleures toxines.

Un fait à signaler encore : les dérivés cantharidés paraissent agir dans le même sens que les produits microbiens.

Et l'auteur se résume : *L'épilepsie dite idiopathique est presque toujours d'origine infectieuse; sa cause est donc extérieure à l'individu et postérieure à la conception. Au point de vue du traitement, on doit essayer l'emploi des toxines d'origine microbienne ou des substances agissant à la façon de celles-ci.*

J. M.

Note sur la névralgie épileptique de la face, par M. FÉRÉ.

L'observation suivante de l'auteur montre bien l'analogie qui existe entre l'épilepsie et certains tics douloureux de la face :

Le malade, un homme de quarante-deux ans, dont la mère avait eu le mal comitial, n'a présenté aucun phénomène morbide jusqu'à la saison d'hiver 1885, époque à laquelle il a commencé à avoir des névralgies localisées d'abord au niveau du trou mentonnier gauche. La douleur survenait brusquement, « en coup de fusil. » Au moment du choc douloureux il semblait au malade recevoir une charge de grains de plomb, et on voyait alors apparaître sur la peau une multitude de petits points rouges qui augmentaient et confluaient dans la suite. Ces accès douloureux étaient d'abord de courte durée et se produisaient à intervalles assez longs; puis ils augmentèrent de

fréquence et de durée et se compliquèrent de mouvements spasmodiques de la commissure labiale gauche qui était attiré en dehors et en haut et d'occlusion forcée de la paupière du même côté. Ce spasme avait amené une asymétrie faciale permanente : le pli naso-génien et les rides périorbitaires sont devenus plus marqués du côté gauche, et la commissure labiale fut un peu attirée en haut de ce côté. Les accès névralgiques et spasmodiques se répétaient jusqu'à vingt fois dans la même journée et duraient parfois 15 minutes ; dans leurs intervalles, la région restait constamment douloureuse.

Après avoir employé, sans succès, un grand nombre de médicaments (applications laudanisées et chloroformées, pulvérisations de chlorure de méthyle, sulfate et valérienate de quinine, aconitine, morphine, codéine et antipyrine), le malade finit par renoncer à tout traitement. Mais en juillet 1891, il eut une attaque épileptique violente (perte de connaissance, convulsions, coma, morsure de la langue, émission d'urine) et une autre pareille le surlendemain.

La malade consulta alors l'auteur qui prescrivit le bromure de potassium à la dose initiale de 5 gr. par jour, augmentée de 1 gr. par semaine. Sous l'influence de ce traitement, les attaques épileptiques diminuèrent rapidement de fréquence et d'intensité. A l'époque où le malade prit 11 gr. de bromure par jour, on constata une amélioration manifeste du tic douloureux. Les accès névralgiques ne survenaient plus qu'une fois par vingt-quatre heures, puis ils cessèrent complètement.

Dans ce cas la coexistence chez le même malade de la névralgie faciale et de l'épilepsie et la suppression de ces deux troubles par le traitement bromuré constituent une bonne preuve en faveur de l'identité de nature du tic douloureux de la face et du mal comitial.

F. insiste encore sur deux autres points intéressants : d'abord la rougeur spéciale qui apparaissait en même temps que la douleur dont elle constituait en quelque sorte un signe physique, rougeur paroxystique rarement signalée dans les névralgies et que l'auteur a déjà eu l'occasion d'observer dans un cas de sein douloureux hystérique ; ensuite les rides persistantes, signe qui a été peu remarqué, mais qu'on retrouve souvent dans les divers tics de la face.

Enfin, F. remarque que, malgré la guérison de la névralgie faciale, il ne faut pas croire que l'on puisse toujours arriver à ce résultat. Il a actuellement un malade chez lequel, à la suite d'un traitement prolongé par les pointes de feu sur le cuir chevelu et par le bromure de potassium, les attaques épileptiques se sont éloignées considérablement et ont été remplacées par les crises dermalgiques. Ces crises, rebelles au bromure, cédèrent rapidement à l'exalgine. L'exalgine serait aussi très efficace dans les céphalées post-paroxystiques des épileptiques qui résistent aux bromures.

J. M.

Traitement chirurgical de l'épilepsie essentielle, par
M. BENEDIKT (*Sem. med.*, 1892).

En ce qui concerne la pathogénie de certains accès épileptiques, on a incriminé souvent la compression cérébrale. Mosso a fait remarquer qu'il ne pouvait pas y avoir une compression du cerveau sans compression simultanée des veines encéphaliques et, par conséquent, sans asphyxie immédiate. Il doit même exister des dispositions anatomiques spéciales pour empêcher la compression cérébrale. L'idée que la compression cérébrale pourrait être provoquée par la soudure précoce des os crâniens est absolument fausse. Cette opinion émise autrefois par Virchow est aujourd'hui abandonnée même par son auteur; Virchow, en effet, pensa que le crâne n'a aucune influence sur le cerveau, mais qu'au contraire, le cerveau a une grande influence sur la formation du crâne. En effet, le crâne est un des organes les plus élastiques de l'économie, il change de volume et de forme beaucoup plus qu'on ne croit généralement, il est plus volumineux en été qu'en hiver, et lorsque nous travaillons que quand nous nous reposons; lorsqu'on plonge un crâne dans l'eau, il change immédiatement de volume et de forme. Une opération faite sur le crâne pour libérer le cerveau n'a donc aucune raison d'être. Elle est encore moins indiquée dans la microcéphalie, car un cerveau microcéphalique est toujours associé à une altération de la moelle, qui ne peut être influencée par la trépanation ou par la craniectomie. Ceux qui font cette opération, n'ont jamais vu un cerveau microcéphalique, et les spécimens qui en ont été présentés ne méritent nullement cette épithète.

M. Benedikt a abordé ensuite la question au point de vue de la localisation. Il a établi mathématiquement la loi de construction anatomique du crâne. Il a constaté que chaque os crânien était formé d'un certain nombre d'arcs de cercle, ou de segments qu'on peut très bien sentir sur le crâne vivant et qui correspondent à des parties bien définies du cerveau. On peut donc de cette manière établir la position des centres de l'écorce cérébrale et surtout des centres psycho-moteurs.

L'idée de traiter l'épilepsie par une opération n'a inspiré que du scepticisme à B., car tous les individus atteints d'épilepsie idiopathique présentent des difformités du crâne qui, bien qu'elles se rencontrent également dans l'hémiplégie spasmodique infantile, dans l'idiotie congénitale et chez les criminels, constituent cependant une grande probabilité pour le diagnostic de l'épilepsie. En effet, l'épilepsie peut rester longtemps à l'état latent et ne se manifester qu'à la seconde génération ou bien au bout d'un long espace de temps

chez le même individu. D'autre part, dans la plupart des cas d'épilepsie, les accès commencent par des convulsions dans une région circonscrite et l'extension des spasmes s'effectue peu à peu comme dans l'épilepsie jacksonnienne. On peut donc admettre qu'en enlevant la partie de l'écorce cérébrale qui préside aux convulsions initiales, il serait possible de faire cesser les accès. C'est ce que prouvent les expériences de B. On n'a pas à craindre les suites de l'opération; aujourd'hui les physiologistes et les cliniciens sont d'accord sur ce fait qu'il n'y a pas de centres moteurs proprement dits dans le cerveau, et par conséquent que l'extirpation de ces prétendus centres ne détermine jamais de paralysie. Le seul symptôme moteur appartenant à l'écorce cérébrale sont les convulsions. Les paralysies sont des symptômes secondaires, provoqués par l'action du shock sur les centres sous-jacents. L'opération étant faite soigneusement, on ne constate pas de paralysies consécutives. On observe parfois après l'opération de violentes convulsions qui ne sont que l'expression de l'irritation et qui cessent très rapidement.

Au point de vue du manuel opératoire, B. attache une grande importance à ce que les plaies soient très petites, à ce que le périoste soit conservé et la dure-mère soigneusement suturée. On obtient alors une occlusion de la cavité crânienne, suffisante pour protéger le cerveau. Il recommande de pratiquer une seule couronne de trépan, précisément au niveau du centre intéressé.

Lorsqu'il est nécessaire de mettre à nu deux centres, il faut conserver un pont osseux entre les deux ouvertures.

B. a traité quatre épileptiques par ce procédé; mais trop peu de temps s'est écoulé depuis ces opérations pour qu'on puisse porter un jugement définitif. Il a présenté un jeune homme qui, avant l'opération, avait, tous les huit ou dix jours, un accès épileptique très violent. Ces accès commençaient par des convulsions dans les extrémités supérieure et inférieure droites. On a appliqué le trépan sur le côté gauche du crâne, au niveau des centres de ces extrémités. Dès que le cerveau fut mis à nu, on put provoquer des convulsions dans l'extrémité inférieure droite, en appliquant un rhéophore sur la partie supérieure de la plaie, et dans l'extrémité supérieure, en excitant la partie inférieure de cette même plaie. Huit jours après l'opération, on nota une parésie légère du facial droit qui disparut et le malade perdit transitoirement la faculté d'écrire.

Dans un autre cas, M. Benedikt a trouvé, au niveau de la trépanation, une pachyméningite hémorragique. Après l'opération, les accès sont devenus plus rares et ont changé de caractère; ils sont donc la conséquence du traumatisme opératoire.

M. Benedikt estime que l'opération est indiquée dans les cas

d'épilepsie idiopathique qui ont des rapports avec l'éclampsie infantile et dans lesquels les convulsions émanent de certains centres moteurs connus et accessibles. L'extirpation de ces centres au moyen d'une plaie de petite dimension est tout à fait exempte de danger. Les troubles fonctionnels qui suivent parfois l'opération disparaissent au bout de quelque temps et ceux qui persistent sont beaucoup moindres que les troubles déterminés par l'affection elle-même.

Le sulfate de duboisine dans les psychoses.

Näcke (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1892) a essayé la duboisine, comme sédatif et hypnotique, à la dose de $\frac{1}{2}$ à 4 milligr. en injection souscutanée et par la bouche, dans la plupart des psychoses chez la femme (21 cas). Dans six cas il n'eut aucun succès. Dans plus de la moitié des cas il n'obtint qu'une action calmante, dans environ l'autre moitié des cas, il y eut action calmante et sommeil. Ce dernier se présentait dans un temps variant en 10 et 30 minutes, durait de 1-2 heures, moins souvent de 4 à 6 heures. Après le réveil les malades restaient encore somnolents pendant quelque temps. S'il y avait action calmante, celle-ci se prolongeait parfois pendant toute une journée; toutefois cette action n'était pas absolue, car les malades se troublaient très vite, accusaient des vertiges, etc.

Comme hypnotique dans l'agrypnie nerveuse, sa valeur, si on le donne par la bouche, est inférieure à celle des autres sédatifs. L'auteur a constaté parfois, comme action concomitante, une grande lassitude, des vertiges, moins souvent un état chancelant comme dans l'état d'ivresse, parfois des tendances à la syncope, rarement de la mydriase et de la sécheresse au cou, assez souvent diminution de l'appétit; quelquefois vomissements, crampes, céphalalgies. Ces phénomènes concomitants étaient plus rares lorsque le médicament était donné par la bouche. L'auteur recommande de débiter par un demi milligr., comme sédatif, et d'augmenter successivement la dose d'un quart de milligr. jusqu'à ce que l'on ait trouvé la dose active. Le médicament ne raccourcit pas la durée de la maladie. Le malade s'y habitue lentement si la dose est donnée en injection hypodermique. Il s'y habitue plus vite quand on le donne par la bouche.

Belmondo (*Rev. sperim. di freniatria*) préfère comme sédatif la duboisine à l'hyoscine dans tous les cas d'excitation psychique ou motrice. Comme hypnotique, il le trouve le plus souvent supérieur au chloral. Dans les cas aigus (manie p. ex.) il aurait une action coordinatrice et semblerait avoir une action favorable sur la marche de la maladie. La dose employée était de $\frac{1}{2}$ à 1 $\frac{1}{2}$ milligr. De plus

grandes doses sont nuisibles et provoquent l'inappétence et le vomissement. Il croit que les méridionaux obéissent à de plus petites doses que les peuples du Nord.

D'après Selvatica-Estease Giovanni (*La Terapia moderna*) la duboisine agirait sur le cœur comme l'atropine; elle diminuerait le calibre des vaisseaux périphériques et augmenterait celui des vaisseaux centraux. Les affections du cœur ne constituent pas une contre-indication parce que la duboisine diminue fort peu la pression sanguine.

J. M.

Traitement de certaines affections nerveuses par les vibrations mécaniques (Clinique de M. Charcot).

Vigouroux observa le premier les effets des vibrations mécaniques sur un certain nombre d'*hystériques*. Voici comment il procéda. Un diapason énorme, monté sur une caisse de résonnance, était mis en action à l'aide d'un archet. Par ce moyen, il parvint à faire disparaître l'hémianesthésie et à faire cesser des contractures presque aussi rapidement qu'avec l'aimant ou l'étincelle électrique.

Dans un cas d'*ataxie locomotrice*, il réussit à calmer les crises douloureuses en plaçant les jambes de la malade dans la caisse de résonnance.

En somme, un certain nombre d'expériences répétées à diverses reprises montrèrent que les vibrations d'un diapason ont la même action physiologique que les métaux, l'aimant, l'électricité statique.

En 1879 Schiff arriva théoriquement à une conclusion identique et obtint des résultats importants. Il étudia surtout les vibrations qu'il faisait agir *localement*. Il se servit d'un diapason monté électriquement; à la planchette-support de cet instrument, au point où les vibrations sont les plus intenses, il adapta une mince tige de cuivre de 10 centimètres terminée par un petit disque. Ce disque était appliqué sur la partie du corps qu'on désirait soumettre aux vibrations. Pour mieux localiser ces dernières on pouvait terminer le disque par une pointe mousse. La tige vibrante, appliquée sur une partie quelconque du corps d'un sujet sain, produisait rapidement une analgésie locale et même une anesthésie très marquée, durant de huit à vingt minutes. Les effets étaient d'autant plus prompts et plus complets : 1° qu'on agissait plus près d'un rameau sensitif; 2° que les tissus dermiques étaient moins épais et que les plans sur lesquels ils reposent étaient plus résistants. Le maximum d'effet était obtenu à la face et, en particulier, au front, aux gencives, etc.

Il guérissait assez vite les *névralgies*, la névralgie faciale en particulier, les *migraines* très intenses (vibrations très fréquentes).

D'après Boudet : « Quand on applique l'instrument sur la face, le crâne vibre et les sujets ainsi traités éprouvent soit un commencement de vertige, soit un besoin très marqué de sommeil. »

Depuis quatre ans Mortimer-Grandville traitait déjà la douleur de la même manière et avait même inventé un instrument *ad hoc*, le « *perculeur*. »

Il publia, en 1883, les résultats que lui avait donnés la méthode vibratoire. Son procédé ne différait pas beaucoup de celui de Boudet, il agissait toujours *localement*. Le mécanisme de son percuteur, se rapprochait de celui de certaines sonneries. Ses résultats seraient remarquables, en particulier pour la névralgie faciale, la *neurasthénie* à forme cérébrale ou spinale et la *migraine*.

On sait que des malades atteints de paralysie agitante retiraient un grand soulagement de voyages prolongés en chemins de fer ou en voiture. Pendant leurs voyages, les sensations si pénibles qu'ils ressentent d'ordinaire semblaient s'atténuer d'une façon très marquée et le bien-être persistait un temps notable, le voyage terminé.

Jégu a cherché un appareil réalisant ces desiderata. Aidé d'un ingénieur, M. Sollignac, il fit construire un fauteuil à mécanisme spécial, communiquant des mouvements rapides d'oscillation autour d'un axe antérieur et latéral. Ces mouvements combinés et contrariés produisaient une trépidation fort analogue à celle qu'on éprouve lorsqu'on est assis sur la banquette d'un wagon en marche.

Gilles de la Tourette a continué ces expériences sur huit sujets (6 H., 2 F.).

L'amélioration se fait généralement sentir dès la cinquième ou la sixième séance de trépidation. Elle porte surtout sur les phénomènes douloureux qui accompagnent si souvent la *paralysie agitante*.

Aussitôt descendu du *fauteuil trépidant*, le malade se sent plus léger; il semble que sa raideur ait disparu : il marche avec plus de facilité qu'auparavant. Phénomène presque constant, les nuits deviennent bonnes; le malade, qui s'agitait sans cesse péniblement dans son lit, dort d'un sommeil calme qui lui procure un grand soulagement. Sauf dans un cas, le tremblement lui-même n'a pas paru être sensiblement influencé.

Ce bien-être se fait surtout sentir le jour du traitement : d'où la nécessité de faire des séances quotidiennes : Malheureusement cela est difficile à la Salpêtrière, car le mécanisme du *fauteuil trépidant* est mis en marche par un moteur électrique et il faut réserver trois fois par semaine l'électricité qu'il fournit pour actionner les machines statiques. Peut-être les séances n'ont-elles pas été assez prolongées. En effet, il est difficile d'accorder, lorsqu'on est en présence de beaucoup de malades, plus d'un quart d'heure à chacun d'eux. Quoiqu'il en soit, les résultats obtenus sont des plus encourageants.

Gilles de la Tourette a cherché d'autres applications de la méthode vibratoire. Ayant remarqué que Boudet avait émis l'hypothèse que les vibrations locales imprimées à la face se diffusaient à toute la boîte crânienne et mettaient à leur tour le cerveau en vibration, il fit construire un appareil destiné à imprimer au crâne des vibrations intenses. Il se compose d'une sorte de casque à lames séparées, fort analogue au conformateur des chapeliers; à l'aide d'un artifice simple, les lames de ce casque emboîtent exactement la tête du sujet en expérience. Le casque est surmonté d'un plateau sur lequel se trouve placé un petit moteur spécial actionné par une pile vulgaire. Tout l'appareil est facile à manœuvrer, très portatif, et ses rouages peuvent marcher, pour ainsi dire, sans interruption, sans crainte de dérangements. Le petit moteur donne environ 600 tours à la minute, tous très réguliers, produisant une vibration uniforme, qui se transmet au crâne en totalité par l'intermédiaire des lames du casque. La tête toute entière vibre dans son ensemble, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en plaçant la main sur une apophyse mastoïde.

L'appareil en marche fait entendre un bruit continu, sorte de *bourdonnement doux*, qui n'est peut-être pas indifférent à noter, au point de vue de la pathogénie des résultats obtenus. On peut à volonté augmenter ou diminuer et le nombre et l'amplitude des vibrations par un procédé de réglage fort simple.

Ce *casque vibrant*, posé sur la tête d'un sujet *sain*, est parfaitement toléré et sa marche ne cause aucune gêne. Au bout de sept à huit minutes, on a une sensation d'engourdissement qui envahit tout le corps et porte presque invariablement au sommeil. De fait, l'expérience a démontré qu'une séance de dix minutes, faite vers 6 heures du soir, procurait un sommeil calme dans la nuit correspondante. Huit à dix séances triomphent de l'*insomnie*, lorsque celle-ci n'est pas liée à une affection organique de l'encéphale.

Dans trois cas, la vibration s'est montrée très efficace pour faire avorter des accès de *migraine*.

Trois personnes atteintes de *neurasthénie* ont été traitées aussi de cette façon : deux ont guéri; la troisième a interrompu le traitement, alors qu'elle était déjà améliorée, mais non guérie.

La vibration agit en faisant disparaître d'abord les symptômes céphaliques, en particulier les vertiges et le casque douloureux si spécial à cette affection. Ce qui semble bien montrer que les vibrations font sentir leur action particulièrement sur l'encéphale, c'est que, dans un cas où les phénomènes spinaux étaient prédominants, la plaque sacrée, la faiblesse des membres inférieurs, l'impotence sexuelle relative disparurent sans qu'on eût besoin de recourir à des vibrations le long de la colonne vertébrale. Chez ce malade, l'électricité statique avait complètement échoué.

Cette vibration est donc un sédatif puissant du système nerveux.

Depuis longtemps les médecins aliénistes explorent dans le traitement de certaines formes d'aliénation mentale des courants trans-cérébraux, et on conçoit que les vibrations rapides propagées à l'encéphale puissent amener des modifications bienfaisantes. Dans un cas de *dépression mélancolique*, des résultats très favorables ont été obtenus, et la vibration semble avoir complètement enrayé la marche d'un accès.

J. M.

Recherches expérimentales sur la valeur thérapeutique de la franklinisation, par DOBROTWORSKI (*Neur. Centralbl.*, 1892).

Dans ses recherches, l'auteur s'est servi d'une machine de Voss comme source d'électricité; son plateau fixe avait 52 centimètres et lorsqu'on lui faisait faire de 80 à 90 tours par minute, elle donnait des étincelles de 10 à 12 centimètres de longueur.

I. *Recherches cliniques.* — Administration de l'électricité sous forme de bains d'air généraux, de douches crâniennes ou production locale d'étincelles de 2 centimètres en général. Durée d'une séance 5 à 15 minutes. Dans 22 cas détermination de la pression radiale à l'aide du sphygmomanomètre de Basch; elle subissait par la franklinisation un abaissement de 10 à 30 millimètres, lorsqu'on l'administrait sous la forme indiquée sur des régions cutanées anesthésiques; en même temps les battements du poulx se ralentissaient quelque peu. La température axillaire s'élevait de quelques dixièmes. La franklinisation a des effets favorables sur l'état général et sur le sommeil.

II. *Recherches physiologiques.* — Elles furent faites sur le chien dans le but de déterminer les modifications que subissaient la pression sanguine et les échanges organiques, lorsqu'on franklinisait l'animal. L'un des pôles de la machine était relié à un fil métallique placé sur le dos de l'animal; l'autre, le pôle négatif à un électrode appointi appliqué sur la tête ou au devant du cœur.

Au début de l'expérience, il se produisait un abaissement de la pression; elle se relevait ensuite pour s'abaisser encore. Pendant l'expérience, il y avait diminution dans les échanges respiratoires.

J. D. B.

Note sur l'accumulation du bromure de potassium dans le cerveau et le foie, par FÉRÉ et HERBERT (*Soc. de biol.*, 1891).

Les auteurs confirment les faits signalés par Cazeneuve, Doyon et Wolf, à savoir que le bromure de potassium s'accumule dans la sub-

stance cérébrale. Mais ils trouvèrent en même temps que la teneur du foie et des reins en bromure était bien plus élevée (de 0,090 à 0,471 %) dans le foie d'un épileptique.

Dans une deuxième note, les auteurs communiquent les résultats du dosage du bromure de potassium qu'ils ont entrepris sur les organes de deux épileptiques restés longtemps au traitement bromuré. Ils obtinrent les résultats suivants :

	I	II
Cerveau	0,073	0,09
Foie	0,104	0,137
Poumons	0,083	0,156
Rate	0,133	0,21
Reins	0,100	0,216
Muscle (psoas)	0,962	—
— (cœur)	—	0,16
Cartilage	0,041	0,17
Os (du bassin)	0,087	0,24
Sang	—	0,27
Testicules	—	0,28

Ces résultats, légèrement divergents, n'auront de valeur réelle que quand ils seront plus nombreux. SLOSSE.

De l'emploi de la trigonométrie dans la détermination topographique des différentes régions de l'écorce cérébrale, par M. WINKLER.

Malgré les récents progrès de la topographie crânio-encéphalique, les chirurgiens éprouvent encore beaucoup de peine à déterminer, sur la peau épicroânienne, les régions qui correspondent à tel ou tel point de l'écorce cérébrale. La plupart des auteurs emploient pour cette détermination des mesures absolues; c'est là une erreur; on doit plutôt faire usage de mensurations relatives.

Dans ce but ils ont fait une série de recherches basées sur la trigonométrie. Voici comment on procède :

On fait passer un plan vertical à égale distance de la protubérance occipitale externe et des arcades orbitaires : c'est le plan dont se sert Rieger. Perpendiculairement à la trace de ce plan sur la peau du crâne, on mène une ligne allant de la protubérance occipitale externe à la glabelle ou bosse frontale moyenne. On divise chacune de ces deux lignes en quatre parties égales, on joint les points de division correspondants, et l'on obtient ainsi un grand nombre de triangles, à l'aide desquels il est facile de déterminer trigonométriquement la topographie exacte d'une partie quelconque de la surface du cerveau.

Die öffentliche Irrenfürsorge im Regierungsbezirk Coblenz.
Eine Studie von Dr LUC. BUFFET, Volontärarzt an der Provinzial Irrenanstalt zu Andernach a/Rh.

L'asile d'Andernach constitue un des cinq asiles provinciaux du Rhin dont la construction fut décrétée en 1865. Celui d'Andernach fut ouvert en octobre 1876; il est complètement isolé, a une superficie de 18 hectares dont 7 sont pris par les bâtiments. L'asile possède une distribution d'eau et une canalisation pour l'écoulement des résidus. Il est constitué par un système de pavillons; chaque sexe occupe la moitié de ces bâtiments. Le médecin en chef est logé dans un bâtiment spécial. Au centre se trouve la chapelle. Un bâtiment spécial et central est réservé à la cuisine et ses annexes, et à la buanderie. A l'étage de ce bâtiment existe une salle pour fêtes, les appartements pour les quatre médecins adjoints et différents logements destinés au personnel qui n'a aucune relation directe avec les malades. Un troisième bâtiment central est destiné à la ferme, aux écuries et remises, au logement des jardiniers et du concierge. De chaque côté il y a quatre pavillons (quartiers pour pensionnaires, pour agités, semi-agités, gâteux, quartiers d'observation, et un quartier d'isolement). Au bout des bâtiments se trouve une glacière. Les différents pavillons sont séparés par de splendides préaux qui renferment le nécessaire pour les jeux et exercices au grand air. La chapelle ardente et la salle de dissection sont souterraines et à l'extrémité des bâtiments. L'asile possède une installation complète d'hydrothérapie, une pharmacie et une bibliothèque à l'usage des malades. Voilà en grands traits la constitution de l'établissement.

En dehors des cellules on n'emploie à Andernach aucun moyen de contrainte.

Le médecin-directeur a un pouvoir absolu. Il n'a à rendre compte de ses actes qu'au Gouverneur de la province. En fait de loi sur le régime des aliénés, la Prusse n'en possède pas jusqu'ici. Pour accepter un malade, une demande doit être adressée au directeur; cette demande est accompagnée d'un bulletin de renseignements rempli par un médecin qui ne fait pas partie du personnel de l'asile ou au moins d'un certificat très détaillé qui fasse le même office. La famille des pensionnaires doit présenter une garantie de solvabilité. Une attestation émanant de la police déclarant que rien ne s'oppose à la collocation doit accompagner la demande.

L'auteur se plaint des collocations tardives qui trop souvent contribuent au retard ou à l'impossibilité de la guérison.

La police qui amène un aliéné doit toujours être en costume civil. Ce dernier est reçu par le directeur qui donne avis de l'entrée au

Gouverneur de la province et au Bourgmestre du lieu du domicile. Toutes les formalités légales se trouvent ainsi remplies.

Le quartier d'observation auquel l'entrant est confié a un personnel de quatre gardiens sur vingt malades. Ces gardiens sont logés pendant la nuit dans les différentes parties du quartier où l'on fait en plus une veille continue pendant la nuit. Ce quartier renferme à la fois d'autres aliénés à symptômes fâcheux, tels que le suicide, et ceux qui font l'objet d'un examen médico-légal.

Aux autres quartiers sont attachés deux veilleurs de nuit, chacun étant de service pendant la moitié de la nuit. Des veilles spéciales existent dans les quartiers des pensionnaires. En dehors des gardiens du quartier d'observation, le nombre de ceux dans le restant de l'asile est proportionnellement le même qu'en Belgique.

L'auteur entre ensuite dans de nombreux détails relatifs au service médical, à son perfectionnement et aux différents adjuvants qui contribuent à l'amélioration et à la guérison des malades. A Andernach la moitié des malades sont occupés à un travail quelconque. A la pharmacie est attaché un laboratoire où l'on pratique les examens chimiques, microscopiques et bactériologiques suivant les procédés les plus modernes. Le personnel possède à cet effet les appareils, les meilleurs et les plus récents.

Le Dr Buffet passe ainsi en revue tout ce qui se passe dans cet asile. Nous ne pouvons en relever que les points les plus importants. Les distractions prescrites sont aussi nombreuses que possible; certains malades sont même autorisés à faire de petits voyages; aucun étranger n'est admis à visiter l'asile; tous les décédés sont autopsiés et le résultat de la macroscopie et de la microscopie sont enregistrés; la famille qui réclame un aliéné non guéri doit signer un certificat que c'est sur son désir et contre le gré du médecin en chef que le malade est retiré et qu'elle assume toute responsabilité; la liberté définitive est très souvent précédée d'une mise en liberté provisoire qui se prolonge dans certains cas pendant toute une année; l'asile possède une caisse de secours, analogue à la caisse des comités de patronage, pour venir en aide aux aliénés guéris et indigents et au besoin à leurs parents; les gardiens ne peuvent recevoir aucun pourboire ni indemnité, mais les parloirs possèdent une boîte dans laquelle les familles des malades peuvent verser quand elles veulent. L'argent ainsi recueilli est distribué, à la Noël, aux gardiens proportionnellement à la durée du temps de leurs services. Les cas incurables passent dans un autre asile, le *Bezirks-Irren-Pflege Anstalt St-Thomas*, situé dans la même localité et sous la haute surveillance du Dr Nötzel, qui dirige également le premier établissement.

J. M.

*

Thirty-fourth Annual report of the general board of Commissioners in Lunacy for Scotland.

Il existait en Écosse, au 1^{er} janvier 1892, 12799 aliénés (5982 H. et 6817 F.). Dans ce chiffre figurent 10770 indigents (5029 H. et 5741 F.) et 1972 pensionnaires (911 H. et 1061 F.). La proportion des guérisons par rapport aux admissions, était en 1891 de 29,5 %; celle des décès, par rapport à la population entière, s'est élevée à environ 8 %.

Les rapporteurs se plaignent du nombre toujours croissant du personnel desservant qui quittent les asiles. En 1891, ce chiffre s'élevait à 610, 16 de plus qu'en 1890 et environ 89 de plus sur la moyenne des dix dernières années.

Le nombre des évasions fut de 194. A l'exception de 29 aliénés, tous furent réintégrés au bout de quelques jours.

Il y eut 5 suicides et 6 cas de mort par accident; 44 cas de fractures d'os ou de luxations, dont 21 cas à la suite de chutes, 17 cas à la suite de rixes entre aliénés, ou entre aliénés et gardiens, et 6 cas à la suite de causes qui n'ont pu être spécifiées.

Comme dans les rapports précédents, le travail actuel renferme une série de détails de la plus grande valeur et relatifs aux modifications et améliorations introduites dans les asiles écossais. J. M.

Crichton royal Institution, Dumfries. — 52th annual Report—Year 1891.

Le Dr James Rutherford, médecin-en-chef de cet asile d'aliénés, eut au 1^{er} janvier 1891, 794 aliénés (398 H. et 396 F.). Il y eut dans le courant de l'année 435 admissions (207 H. et 228 F.). 257 patients quittèrent l'établissement, mais il n'y eut comme guérisons que 66 H. et 95 F., comme améliorations 34 H. et 29 F.; 9 H. et 6 F. quittèrent volontairement l'asile et 11 H. 7 F. furent transférés dans un autre asile.

Il y eut 78 décès (35 H. et 43 F.).

Comme dans plusieurs autres asiles anglais, celui de Dumfries a inauguré partiellement le système des villas avec jardins isolés. Le Dr Rutherford en fait ressortir les sérieux avantages. J. M.

The 56th annual Report of James Murray's royal asylum, Perth, 1892.

L'asile de Perth renfermait au 1^{er} avril 1891, 106 aliénés (52 H. et 54 F.). Dans le cours de l'année il y eut 41 admissions (20 H. et 21 F.), 29 guérisons (17 H. et 12 F.) et 12 décès (6 H. et 6 F.).

4 hommes et 3 femmes se sont établis à l'asile comme malades volontaires.

Le Dr Urquhardt, que nous connaissons comme un des psychiatres les plus actifs du Royaume-Uni, se plaint amèrement de ce que tant de malades entrent à l'asile sans avoir passé par un traitement quelconque. Il insiste dans son travail sur les énormes avantages d'un traitement rationnel au début de l'aliénation mentale.

Aujourd'hui, en raison de l'énorme progrès réalisé par la médecine mentale, un mouvement sérieux se produit chez les médecins aliénistes pour déclarer que le traitement à domicile, pour certains cas et dans certaines familles, gagne constamment de nouveaux partisans.

Dans le courant de l'année, l'auteur a eu en son asile 10 cas de suicide et 4 cas d'homicide.

Le travail se termine par deux rapports des commissaires-inspecteurs de l'asile et qui plaident en faveur de l'excellente direction médicale du James Murray's asylum.

J. M.

*The 12th Annual Report of the State of the Nottingham
borough Asylum, 1891.*

Au 1^{er} janvier 1891 cet asile renfermait 257 H. et 287 F. 80 H. et 59 F. y furent admis dans le courant de l'année. 45 H. et 32 F. quittèrent l'établissement et 32 H. et 24 F. y sont décédés. L'asile renfermait donc, au 31 décembre 1891, 260 H. et 290 F.

L'asile de Nottingham qui existe à peine depuis douze années jouit déjà en Angleterre d'une réputation telle qu'on se trouve actuellement obligé d'agrandir les bâtiments pour pouvoir satisfaire aux nombreuses demandes d'admission qui sont faites, même des provinces étrangères. Cette prospérité extraordinaire est due à son zélé directeur le Dr Evan Powell qui est à la tête de cet établissement depuis sa fondation.

Nous avons été admis à visiter cet asile que nous n'hésitons pas à considérer comme un des meilleurs que l'Angleterre possède. Nous regrettons beaucoup de ne pas en pouvoir communiquer le plan à nos lecteurs. Ils auraient pu constater de cette manière que l'étude de l'aménagement des asiles d'aliénés a fait d'énormes progrès et qu'il importe beaucoup à ceux qui voudraient élever de nouvelles constructions pour les aliénés qu'ils se tiennent au courant des améliorations incessantes.

Nous terminons ce court aperçu en déclarant qu'au « Borough Asylum de Nottingham » le travail des aliénés est assez bien organisé et que dans le courant de l'année il y aura un laboratoire complet pour les travaux chimiques, histologiques et pathologiques indispensables dans un asile.

J. M.

BIBLIOGRAPHIE.

A Dictionary of Psychological Medecine, giving the definition, etymology and synonyms of the terms used in medical psychology with the symptoms, treatment and pathology of insanity and the law of lunacy in Great Britain and Ireland, edited by Dr HACK TUKE, examiner in mental physiology in the University of London, lecturer on psychological medicine at the Charing Cross Hospital medical School, and editor of *The Journal of mental Science* (London, J. & A. Churchill, 1892).

Il y a bien peu d'années l'Allemagne fit paraître deux grandes « encyclopédies » l'une dite de Ziemssen, l'autre publiée sous la direction du Dr Gerhardt. La première représentait les différentes branches de la science médicale, la deuxième se bornait à la pathologie de l'enfance. Les deux encyclopédies furent excessivement bien conçues, Ziemssen et Gerhardt ayant pris comme collaborateurs les plus grands savants des pays de langue allemande.

Ces grands travaux furent bientôt suivis de la publication allemande connue sous le nom de *Real-Encyclopädie der Gesamten Heilkunde*, sous la direction du professor Alb. Eulenburg, de Berlin, une des plus grandes illustrations médicales contemporaines. Cet énorme travail, commencé en 1882 fut terminé en 1885 et immédiatement après commença une deuxième édition qui fut achevée en 1890. Le *Real-Encyclopädie* a eu 133 collaborateurs. Depuis lors, la série de ce genre de dictionnaires s'est considérablement accrue dans les pays allemands.

On n'avait pas encore songé à un dictionnaire de médecine mentale. Le Dr Hack Tuke, le célèbre médecin-aliéniste anglais et dont le nom est connu de tout ceux qui s'occupent de psychiatrie dans le monde entier, a eu la généreuse idée d'entreprendre un travail de ce genre. Nul mieux que lui ne se trouvait dans des circonstances plus favorables. Connaissant la plupart des langues modernes, ayant visité les principaux asiles d'aliénés de tout le globe, ayant noué des relations scientifiques avec les médecins attachés à ces établisse-

ments, auteur d'un travail classique qui est déjà à sa quatrième édition, rédacteur du *Journal of mental Science*, il a pu juger du mérite et surtout des questions spéciales dont s'occupent nos psychiatres modernes. Il s'est adressé à tous ses amis scientifiques et environ cent et trente de ses admirateurs se sont empressés de lui promettre leur concours pour élever ce nouveau monument scientifique. Connaît-on un seul travail scientifique se limitant à une spécialité qui ait pu être constitué par un état major aussi savant et aussi nombreux? Dire que nous rencontrons dans ce travail les sommités psychiatriques de tout l'Univers, c'est dire ce qu'il vaut, c'est dire quel est le succès qui l'attend.

On n'attendra pas de nous, dans un article bibliographique qui doit nécessairement se réduire à un coup d'œil général, qu'on fasse mention même des principaux articles qui y figurent. Bornons-nous à déclarer que le Dictionnaire de médecine mentale du Dr Hack Tuke présente la définition, l'étymologie et les synonymes de tous les termes employés en psychiatrie, la description des maladies mentales sous toutes leurs formes, l'histoire résumé de la médecine mentale dans la plupart des pays et parfois même la législation qui se rapporte aux aliénés et aux asiles.

En élaborant le plan de son travail, le Dr Hack Tuke a eu spécialement pour but de présenter l'état actuel de nos connaissances sur le terrain de la psychologie morbide. Traiter la psychologie où la science mentale d'une manière générale l'aurait obligé à donner à son œuvre une extension beaucoup trop grande. Hâtons-nous néanmoins de mentionner que le travail débute, après un tracé historique de l'aliéné et des réformes introduites pour améliorer sa situation, par un chapitre très important sur la philosophie de l'esprit qui comprend la méthode dans les recherches psychologiques, la description des différentes facultés, des sensations, des perceptions, de l'imagination, de l'idéation, de la mémoire, de la pensée, du sentiment, de la volonté, du corps et de l'esprit, dû à la plume du Dr W. C. Copland.

L'examen de l'état mental d'un individu devient de jour en jour plus compliqué et nous sommes bien loin aujourd'hui de cette psychiatrie d'il y a vingt à trente ans. L'étude psycho-physique s'étend de jour en jour et a fait, comme le Dr Hack Tuke le prouve, des progrès immenses. La psychologie morbide a étendu considérablement son cadre, elle a étendu ses relations avec les maladies somatiques, elle est mieux connue quand à son étiologie et conséquemment le traitement qui en résulte est devenu beaucoup plus rationnel. L'intervention des illustrations psychiatriques des différents pays a nécessairement obligé l'auteur à faire représenter les

différentes écoles que compte aujourd'hui la science de la médecine mentale. C'est encore là un des sérieux avantages que présente le travail que nous avons devant nous.

Comptons encore comme sérieuse innovation la mention non seulement de la bibliographie anglaise et étrangère la plus importante relative à chaque article mais encore une bibliographie presque complète de tous les travaux de médecine mentale qui ont paru dans le Royaume-Uni depuis l'an 1584 jusqu'à nos jours.

De nombreuses gravures y représentent non seulement les différents types de la folie, mais encore des figures anatomiques, des appareils et des instruments employés en psychiatrie.

La marche progressive de la médecine mentale a fait augmenter, peut-être outre mesure, le vocabulaire usité dans la spécialité; certaines dénominations ne se rencontrent même que dans quelques ouvrages. Le Dr Hack Tuke néanmoins a tenu à les mentionner et à en donner la définition tout en signalant, à l'occasion, les noms des auteurs qui les ont créés.

Telles sont, en résumé, les idées fondamentales qui ont guidé le célèbre aliéniste anglais dans la préparation de son œuvre magistrale.

Le « Dictionnaire de médecine psychologique » existe et nous lui souhaitons le bienvenu. Il existe et il ne périra plus. A l'instar de la plupart des autres dictionnaires il doit figurer sur la table du médecin aliéniste; comme eux, il est né pour vivre de plusieurs éditions et le Dr Hack Tuke n'a probablement pas cru en sacrifiant plusieurs années à ce travail qu'il aurait dû se mettre immédiatement à la besogne et donner le restant de son existence à la préparation continue d'éditions successives. Nous le plaindrions bien amèrement si nous n'avions la conviction non seulement que son état major lui restera fidèle, mais qu'il l'étendra encore. Ces collaborateurs doivent se sentir heureux de pouvoir se grouper autour d'un homme qui a bien voulu entreprendre une tâche aussi difficile. Il faut enfin féliciter l'arrière petit-fils de celui qui fut le premier à introduire le traitement moral et le véritable régime humanitaire dans un asile d'aliénés en Angleterre, il y a aujourd'hui un siècle. Le Dr Hack Tuke ne pouvait mieux honorer la mémoire de son bisaïeul, William Tuke, le fondateur du *York Retreat* que de présenter son dictionnaire au moment où les médecins aliénistes de l'Angleterre, de l'Écosse et de l'Irlande se trouvaient réunis à York pour célébrer la fête du centenaire.

Les éditeurs, MM. Churchill, méritent à leur tour nos plus sincères félicitations, non seulement pour avoir facilité la tâche de l'entreprise mais encore en raison du soin particulier qu'ils ont voué au travail typographique.

J. M.

Die psychopathischen Minderwertigkeiten, von Dr J. L. A. Koch,
Director der K. W. Staatsirrenanstalt Zwiefalten (Ravens-
burg, Otto Maier, 1892).

Il y a à peine quelques mois que la première livraison de ce travail a paru. En ce moment nous exposâmes le plan général que l'auteur comptait suivre. Dans son opinion, il lui aurait suffi d'une deuxième livraison pour terminer son œuvre. Malheureusement, le Dr Koch n'avait pas prévu que la matière qu'il traitait avait une si grande étendue, et il n'a pu, en raison de l'importance capitale du sujet, la condenser d'une manière suffisante. C'est ce qui l'a obligé à scinder le restant de son travail. Il nous présente aujourd'hui une deuxième livraison et réserve une troisième pour la fin de son œuvre.

La première partie traitait essentiellement des infériorités psychopathiques congéniales. La deuxième développe les infériorités psychopathiques acquises. Il était assez difficile à l'auteur de présenter ce chapitre sans mentionner les états mixtes, c'est-à-dire les états congéniaux accrus par des causes nouvelles après la naissance. Cette partie du travail du Dr Koch, donne lieu à des considérations très importantes relatives au diagnostic; il y étudie en effet la part qui revient à l'état congénial comme à celle qui dérive de l'état acquis.

En étudiant la prédisposition à ces psychopathies acquises, il expose successivement les caractères pathologiques, non seulement psychiques mais encore somatiques, leur pronostic et leur traitement. Il décrit deux cas spéciaux qui répondent excessivement bien à cette situation mentale.

Un autre chapitre du plus haut intérêt, et qui n'a jamais été jusqu'ici approfondi par les auteurs qui ont précédé le Dr Koch, est celui qui traite des rapports entre les infériorités psychopathiques et la neurasthénie. L'auteur, après avoir condensé tout ce que Beard a écrit sur la neurasthénie, après avoir mis à profit les nombreux travaux allemands, qui depuis une dizaine d'années ont vu le jour en Allemagne, procède à des divisions en commençant par les tares idiopathiques aux différents degrés et les différentes tares constitutionnelles. Nous rencontrons dans cette partie un chapitre très instructif sur le diagnostic différentiel entre la période prodromale de la paralysie générale et les infériorités acquises ou de nature mixte. Il les fait suivre d'une étude sur ce genre de psychopathies dues soit à un état d'intoxication dû par exemple à la morphine, au café, à l'influenza, soit à l'hyperémie cérébrale ou qui sont consécutives à des accidents (névroses traumatiques) ou à l'onanisme, à la période de la puberté, de la grossesse, etc.

Le travail se termine par une revue des tares constitutionnelles,

y compris l'hystérie et l'hypocondrie et par le traitement de tous ces états psychopathiques acquis. L'auteur a décrit cette dernière partie avec un soin tout particulier et il nous prouve ici une nouvelle fois, en recherchant constamment les indications causales, morbides et symptomatiques, que son œuvre est le fruit d'une longue étude et d'une bien vaste expérience.

Il a annexé à son travail une étude sur les rapports entre les infériorités psychopathiques et les théories de la dégénérescence ; il fait valoir la différence que l'on doit reconnaître entre la dégénérescence congéniale et la dégénérescence acquise. Le Dr Koch y rencontre la théorie de Lombroso et lui donne la place qu'elle mérite actuellement dans la science.

Nous sommes obligé à nous arrêter à ce coup d'œil général d'un ouvrage que notre bulletin fera connaître bientôt avec plus de détails. Nous terminons en déclarant que le Dr Koch a singulièrement amélioré et complété un des chapitres les plus intéressants de la médecine mentale.

J. M.

Les altérations de la personnalité, par ALFRED BINET, directeur-adjoint du laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne (Félix Alcan, Paris, 1892).

La librairie Alcan a déjà publié « Les maladies de la personnalité » par Th. Ribot, professeur de psychologie expérimentale au collège de France, un travail très important qui en est déjà à la quatrième édition.

A. Binet n'est pas un inconnu pour nos lecteurs, nous l'avons déjà fait connaître à plusieurs reprises à l'occasion de certains travaux psychologiques qu'il avait publiés antérieurement. Le travail actuel résulte des recherches de psychologie pathologique que l'auteur a faites depuis une quinzaine d'années et se rattachant à l'hystérie et à la suggestion.

A mesure que les recherches se sont multipliées et que les discussions se sont étendues, des doutes ont surgi sur la valeur réelle des matériaux amassés. L'auteur a groupé les résultats obtenus et spécialement ceux qui s'accordent pour faire un travail synthétique. Les phénomènes isolés, non contrôlés, il les mentionne sans vouloir les juger ; il a même agi ainsi pour ses propres travaux qui n'ont pas été sanctionnés par l'expérience d'autrui. La valeur de son travail ne peut qu'en être plus grande.

Binet examine successivement les personnalités successives (sonnambulismes spontanés et provoqués), les personnalités coexistantes où il rencontre l'insensibilité des hystériques (actes subséquents de

répétition, actes subconscients d'adaptation — seuil de la conscience), la distraction, les actions volontaires et inconscientes, l'écriture automatique chez les hystériques, les idées d'origine subconsciente et la pluralité des consciences chez les sujets sains. L'étude des personnalités coexistantes le mène à celle des alterations de la personnalité dans les expériences de suggestion. C'est dans cette partie de son travail qu'il expose les personnalités fictives créées par la suggestion; le rappel des personnalités anciennes par suggestion, les suggestions d'actes, les suggestions à point de repère inconscient, les hallucinations et la mesure du temps, l'anesthésie systématique, le dédoublement de la personnalité et le spiritisme.

Ce travail, très érudit, représente d'une manière absolue tout ce qui a été rapportée sur cette question non seulement dans la littérature française mais encore dans celle des pays étrangers et spécialement de celle de l'école anglaise. L'auteur ne mentionne pas son opinion personnelle relativement à la théorie de la personnalité.

Nous le répétons c'est un exposé des faits et une réunion d'interprétations éparses suggérées au fur et à mesure de leur exposition. Il ne fait que rehausser la valeur d'un travail qui sera lu et étudié avec un vif plaisir.

J. M.

Statistiske undersogelser angaaende aandsvage i Danmark, 1888-1889. — Statistical investigations concerning the imbeciles (idiots and feeble-minded) in Denmark, 1888-1889, par le Dr J. CARLSEN (London, J. & A. Churchill, 1892).

En 1888 le département de l'instruction et des cultes au Danemark désigna une commission pour instituer une enquête au sujet des sourds-muets et des imbéciles afin de pouvoir étudier la question de l'amélioration des soins à donner à ces malheureux. Le Dr Carlsen fut chargé d'en préparer les matériaux; il termina son rapport en 1890. Il fut partiellement aidé dans ce travail par le Dr Keller, médecin en chef de l'institut spécial pour les imbéciles. Le travail fut présenté l'année suivante au Congrès d'hygiène et de démographie.

La question traitée dans ce travail intéresse au plus haut degré les médecins aliénistes et spécialement ceux des pays qui voient leurs nombres d'imbéciles et d'idiots s'accroître chaque année. D'une manière générale les psychiatres et les gouvernements ne prêtent pas une attention suffisante sur l'extension sans cesse croissante de ces dégénérés qui, s'ils ne viennent échoir dans les asiles d'aliénés ou dans des hospices particuliers deviennent des éléments pour la criminalité. Aussi ne pourrions-nous trop féliciter l'auteur d'avoir

embrassé cette question sous toutes ses faces. Pour ceux qui ne seraient pas au courant de la langue danoise, ils trouveront à côté de ce texte un résumé fidèle en langue anglaise. J. M.

La foule criminelle ; Essai de psychologie collective, par SCIPIO SIGHELE. Traduit de l'italien par PAUL VIGNY (Paris, Félix Alcan, 1892).

Nos lecteurs connaissent déjà ce travail par l'édition italienne. Il constitue un chapitre de la psychologie qui n'a pas été suffisamment étudié jusqu'ici et qui, en notre période de grèves des ouvriers aux soulèvements publics, mérite une attention spéciale en raison de son importance sociale et juridique.

La science, pas plus que les tribunaux, n'avait pensé que parfois, au lieu d'un seul individu, le coupable put être une foule; qu'un ou plusieurs individus arrêtés au milieu d'un tumulte ne sont souvent que des naufragés jetés sur le banc infâme par la tempête psychologique, et souvent à leur insu.

Le problème de la foule criminelle mérite conséquemment une étude sérieuse. Aussi Sighele en a-t-il jeté les premiers jalons de la future psychologie collective.

L'édition française, beaucoup plus complète que l'édition italienne, sera lue avec un très grand intérêt. Nous en recommandons d'une manière toute spéciale le chapitre dans lequel l'auteur expose ses conclusions juridiques. J. M.

Les applications de l'anthropologie criminelle, par le Professeur CÉS. LOMBROSO, de Turin (Félix Alcan, Paris, 1892).

Le savant Professeur de psychiatrie de l'Université de Turin vient de publier dans la *Bibliothèque de philosophie contemporaine* un nouveau volume où il montre les applications judiciaires, pénitentiaires, médico-légales, littéraires et artistiques de ses doctrines.

Ce livre est une réponse à ceux qui reprochent au savant italien de n'avoir jamais abordé le terrain de la pratique.

M. le Professeur Lombroso fait remarquer que les types criminels représentés par les romanciers, aussi bien que par les peintres et les sculpteurs, sont dus à des observations bien antérieures à celles sur lesquelles il a appuyé ses théories, et que ces types concordent cependant avec ceux qu'il a définis. Il considère ce fait comme une confirmation éclatante de ses doctrines dont ses adversaires finiront par accepter les conséquences, bien qu'elles soient en opposition avec les opinions reçues jusqu'à ce jour.

VARIÉTÉS.

Le centenaire de la fondation du York Retreat en Angleterre.

Le 21 juillet dernier se réunissaient au York Retreat, le premier établissement où William Tuke inaugura le traitement des aliénés suivant les principes humanitaires généralement admis aujourd'hui, la majeure partie des médecins aliénistes de l'Angleterre, de l'Écosse et de l'Irlande. Le D^r R. Sémelaigne, de Neuilly près de Paris, arrière petit-neveu de l'immortel Pinel et le D^r Jul. Morel, de Gand, assistaient à cette fête.

Cette fête coïncidait avec la réunion annuelle du « *British medico-psychological Association* » sous la présidence du D^r Baker, médecin en chef du York-Retreat.

Dès le début de la séance le D^r Yellowlees proposa aux membres de témoigner leur admiration au génial William Tuke, leur appréciation pour la puissante révolution qu'il a opérée et leur gratitude pour les heureux résultats qui ont été obtenus ultérieurement dans le monde entier en raison de l'inauguration du traitement humain et éclairé de l'aliéné. Dans un discours très chaleureux le D^r Yellowlees a fait ressortir les précieuses et nobles qualités de l'âme de W. Tuke et de ses collaborateurs, et a insisté d'une manière toute spéciale sur l'idée que le fondateur du York Retreat s'était faite au sujet de la nature de l'aliéné, qu'il le considérait comme un malade à qui l'on doit de la sympathie, de la bienveillance et des soins en remplacement des mauvais traitements dont il était autrefois l'objet. Cette réforme, a dit l'orateur en terminant, peut être considérée comme le plus beau triomphe de l'humanité et de la philanthropie que le siècle dernier ait remporté.

Cette proposition appuyée par l'ex-président, le D^r Whitcombe et par le D^r Morel, de la part de la Société de Médecine mentale de Belgique, fut admise par acclamation.

L'arrière petit-fils du fondateur, le D^r Hack Tuke, saisit l'occasion de la fête du centenaire, pour présenter à la bibliothèque du York Retreat le premier exemplaire du premier Dictionnaire de Médecine psychologique.

Le D^r Baker, président, a alors donné lecture des lettres de félici-

tations de la part des commissaires-inspecteurs des asiles d'aliénés de l'Angleterre, de ceux de l'Écosse et de l'Irlande, des D^{rs} Lothart Robertson et sir James Crichton Browne, Lord Chancellor's Visitors in Lunacy, du D^r Jouathan Huchinson, président du Royal College of Surgeons, du professeur Blandford, des D^{rs} Andrews, président de l'« American psychological Association, » John Curwen, médecin-en-chef de l'Asile Warren, aux États-Unis, Stearns, médecin en chef du Retreat « Hartford » Connecticut, John Chapin, médecin en chef de l'Asile de la Pensylvanie, des professeurs Mierzejewsky, de Saint-Petersbourg, Benedikt, de Vienne, Jolly, de Berlin, des D^{rs} H. Laehr, de Schweizerwof, H. Schüle, d'Illenau, Motet, de Paris, Cowan, président de la Société psychiatrique de la Hollande, etc.

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE
DE BELGIQUE.

N° 67. — Décembre 1892.

Société de Médecine mentale de Belgique.

—

Procès-verbal

de la séance ordinaire tenue au Palais de l'Université à
Bruxelles, le samedi 29 octobre 1892

Sous la présidence du D^r MASIVUS, Président. — D^r JUL. MOREL,
Secrétaire.

MM. Boddaert, Claus, Cuyllits, Derode, Francotte, Heger,
Lefebvre, Lentz, Masivus, Masoin, Morel, Peeters, Semäl,
Vermeulen assistent à la séance.

M. De Craene présente ses regrets de ne pouvoir y assister.
Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

—

CORRESPONDANCE.

1° Une lettre de M. le D^r Schüle, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau, par laquelle il invite la Société à se faire représenter à la fête jubilaire du cinquantenaire de l'existence de cet asile. — M. le Secrétaire, en raison de l'impossibilité dans laquelle il s'est trouvé pour y prendre part, a fait parvenir à M. Schüle, que la Société a l'honneur de compter parmi ses membres honoraires, une lettre de félicitations.

2° Une lettre de M. le Dr Deperon, médecin-inspecteur de la colonie de Lierneux, pour remercier la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant parmi ses membres titulaires.

M. Claus remercie également la Société de l'avoir associé à ses travaux.

TRAVAUX IMPRIMÉS.

La Société a reçu les travaux suivants :

1° De la part du Dr Oebeke, de Bonn :

Zur Ätiologie der allgemeinen fortschreitenden Paralyse.

M. le Dr De Boeck est chargé de l'examen de ce travail.

2° De la part du Professeur Dr Arnold Pick, de Prague :

Ueber die combination hysterischer und organisch bedingte Störungen in den Functionen des Auges.

3° De la part du Dr Erlenmeyer, de Bendorf :

Klinische Beiträge zur Lehre von den congenitalen Syphilis und über ihren Zusammenhang mit einigen Gehirn und Nervenkrankheiten.

M. le Professeur Francotte est prié de faire l'analyse de ces deux travaux.

4° De la part du Dr Kornfeld, de Grottkau :

Die Aufgaben der Medizinal-Beamten (trois articles).

M. le Dr Derode examinera ce travail.

5° De la part du Prof. Dr Heinr. Obersteiner, de Vienne :

Arbeiten aus den Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems an der Wiener Universität.

Renvoyé pour analyse à M. le Professeur Francotte.

6° De la part de M. Clark Bell, de New-York :

A) *Mecanical Restraint in the care and treatment of the Insane.*

B) *Medico-legal Studies* (2° volume).

7° De la part du Dr Charles Denison, de Denver (Colorado) :
Tuberculin and the living Cell.

M. le Professeur Boddaert examinera ce travail.

8° De la part du D^r Pompe, médecin-directeur de l'asile d'aliénés « Coudewater », à Rosmalen (Hollande) :

Verslag van het geneeskundig gesticht voor krankzinnigen « Coudewater » over het vijfjarig tijdvak van 1886-1890.

M. le D^r Peeters est chargé de l'examen de ce travail.

9° De la part de MM. De Boeck et Otlet, de Bruxelles :

Les prisons-asiles et les réformes qu'elles entraînent.

10° De la part de M. le D^r Paul Ladame, de Genève :

Mandragores ou diables familiers à Genève au XVI^e et au XVII^e siècle.

11° De la part du D^r Chaslin, de Paris :

La confusion mentale primitive.

M. Semal est prié d'examiner cette brochure.

12° De la part du D^r Coni, de Buenos-Ayres :

A) *Revista de la Sociedad Medico-Argentina*, volume I, nos 4 et 5.

B) *Anales de higiene publica y medicina legal*, año I, nos 4 et 5.

13° De la part du D^r Nolan, membre de l'Académie royale de médecine de Dublin :

Is katatonia a special form of mental disorder?

M. le D^r Cuylits est chargé de l'examen de ce travail.

La Société vote des remerciements aux différents donateurs.

TRAVAUX MANUSCRITS.

M. le D^r Francotte demande la permission de pouvoir publier dans le prochain Bulletin quelques considérations en vue de montrer que les théories de Ribot « sur l'attention » peuvent servir à expliquer certains cas de chorée et de névrose convulsive dans lesquels l'affaiblissement de l'intelligence paraît en corrélation avec les troubles moteurs. L'honorable membre a pu observer trois cas de convulsions chroniques qui attestent que les symptômes psychiques ont succédé aux symptômes convulsifs.

La Société décide que ce travail sera publié dans le prochain Bulletin. Sur la proposition du Président il est décidé également, en raison de l'importance du sujet, de mettre la discussion du travail à l'ordre du jour de la prochaine séance.

ANALYSES D'OUVRAGES.

M. le Dr Francotte donne lecture des analyses des travaux de M. le Dr Séglas :

De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante et Du mutisme mélancolique.

M. le Dr Peeters rend compte des travaux de M. le Dr René Semelaigne :

De la législation des aliénés dans les Iles Britanniques et Le restraint et le non-restraint en Angleterre.

M. le Dr Derode analyse le travail du Dr Koch, de Zwiefalten : *Die psychopathischen Minderwertigkeiten* (Erste und Zweite Hefte).

Ces différentes analyses seront publiées dans le prochain Bulletin.

VOTE SUR LA CANDIDATURE DE M. LE Dr RENÉ SEMELAIGNE, SECRÉTAIRE ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE PARIS.

Le Dr René Semelaigne est proclamé membre associé à l'unanimité des voix.

RAPPORT SUR LA GESTION FINANCIÈRE DU TRÉSORIER PENDANT L'ANNÉE 1891-1892.

M. le Secrétaire rend compte de sa gestion financière. Elle se termine par un boni s'élevant à fr. 4706-84.

ÉLECTION DU VICE-PRÉSIDENT, DU SECRÉTAIRE, DU TRÉSORIER ET DE LA COMMISSION DE PRÉSENTATION POUR L'ANNÉE 1893.

M. le Dr Xav. Francotte, Professeur à l'Université de Liège, ayant obtenu douze voix sur quatorze votants est proclamé Vice-Président de la Société de Médecine mentale.

M. Morel est réélu Secrétaire-Trésorier par acclamation.

MM. Cuyllits et Peeters sont réélus par acclamation comme membres du Comité de présentation.

L'assemblée fixe sa prochaine séance au 28 janvier prochain. Elle aura lieu au Palais de l'Université de Bruxelles.

Le Secrétaire,
D^r JUL. MOREL.

Le Président,
D^r MASIUS.

Clinique des Maladies mentales de l'Université de Liège.

NÉVROSES CONVULSIVES

ET

AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL

PAR

Le Professeur X. FRANCOTTE, membre titulaire.

L'association de phénomènes convulsifs et de troubles psychiques est assurément bien commune.

Il est difficile de déterminer si cette association est le fait d'une simple coexistence, ou si elle implique des rapports de cause à effet.

Pourtant, dans certains cas, il ne me semble pas trop téméraire de penser que les troubles moteurs interviennent dans la genèse des symptômes psychiques.

J'ai en vue des névroses convulsives chroniques telles que la chorée chronique, qui s'accompagnent d'un affaiblissement rapide et considérable de l'intelligence.

A cette catégorie appartiennent les trois observations que je vais relater sommairement.

OBSERVATION I. — *Chorée chronique*. — P..., Ursule, née à Huy, le 15 septembre 1839.

L'affection paraît être déjà de date fort ancienne.

D'après la fille, il y a bien quinze ans « que la figure et les

maines de la malade travaillent; » mais, cela ne la gênait pas beaucoup. Depuis plus de quatre ans, les mouvements se sont exagérés; c'est alors qu'ont apparus les troubles psychiques.

La malade était devenue très irascible; elle disait qu'on l'espionnait, qu'on lui en voulait. L'intelligence baissait manifestement.

La mère de la malade est morte à 62 ans, présentant des mouvements plus intenses encore.

Un frère de la malade a été également atteint de la même façon.

Son père est mort à un âge avancé. Elle a un fils et une fille; celle-ci a deux enfants bien portants. Le malade ne présente aucun antécédent pathologique.

On constate que l'intelligence est fortement déprimée; l'humeur est acariâtre et la malade manifeste la plus vive répugnance à se laisser examiner.

La parole est embarrassée, saccadée, par moments, explosive.

Il se produit continuellement des mouvements du tronc, en avant, en arrière ou sur les côtés.

La tête est également agitée dans les différents sens.

A la figure, on observe les grimaces les plus variées.

Quand on fait sortir la langue, on ne constate pas de secousses fibrillaires, mais des mouvements de totalité.

Du côté des membres, les mouvements sont peu prononcés.

Parfois, il se produit des mouvements de déglutition.

Pendant le sommeil, le calme est complet; mais dès que la malade se réveille, elle est reprise de son agitation et chaque matin, son lit se trouve tout en désordre.

Les mouvements volontaires ne paraissent pas augmenter les convulsions.

OBSERVATION II. — *Chorée chronique*. — Marie S..., née le 25 mai 1849.

Les premiers signes de la maladie se sont montrés dans le courant de l'année 1885; la malade devenait plus irascible, plus impressionnable.

Puis, ont apparus les mouvements aux mains d'abord, ensuite à tout le corps.

Il y a trois ans, ces mouvements se sont notablement exagérés et à partir de ce moment, « elle a beaucoup plus perdu la tête. » Elle s'effrayait pour un rien, se sauvait de sa maison, disant qu'on voulait la tuer.

C'est alors qu'on s'est vu forcé de l'interner à l'Hospice Sainte-Agathe.

Elle a eu six enfants, le premier en 1875, le dernier en 1885; la maladie qui existait déjà, a paru se modérer pendant la gestation.

Deux enfants sont morts d'entérite en bas-âge.

Aucun accouchement n'a été accompagné de troubles psychiques.

La malade n'a jamais eu antérieurement, aucune affection nerveuse ou autre.

Son père se livrait à la boisson; il est mort dans une asile d'aliénés. Une tante est morte à l'Hospice Sainte-Agathe; d'après la sœur infirmière, elle présentait des mouvements analogues à ceux de sa nièce.

L'affaiblissement intellectuel a fait de rapides progrès : aujourd'hui, la démence semble complète; la malade ne parle plus, ne profère que des sons inarticulés, ne reconnaît ni son mari, ni ses enfants.

Elle est sans cesse agitée par des mouvements absolument irréguliers et désordonnés, mais qui offrent cependant, comme dans le cas précédent, plus ou moins l'allure de mouvements volontaires.

Ce sont des grimaces de toutes sortes : les yeux s'ouvrent et se ferment, la langue est projetée hors de la bouche; la tête est balancée en tous sens; le tronc se livre à d'énormes contorsions se penchant à droite, à gauche, se pliant en avant sur lui-même.

Les bras s'élèvent, se fléchissent, s'étendent; les doigts se meuvent de toutes façons.

Les membres inférieurs participent à cette folie musculaire, mais présentent des mouvements moins étendus.

La malade ne peut pas manger seule : on lui sert sa nourriture et il n'est pas toujours facile d'atteindre la bouche tant est grand le désordre convulsif. Dans le sommeil, les mouvements cessent.

OBSERVATION III. — *Névrose convulsive survenue à la suite d'un choc moral.* — H..., Théodore, âgé de 23 ans et demi, autrefois ouvrier tanneur.

Il y a deux ans et demi, le sujet est tombé dans une cuve : il n'en est résulté sur le moment aucun accident, si ce n'est un état de vive émotion. Six ou sept mois après, on a remarqué « que ses nerfs travaillaient, » c'est-à-dire qu'il présentait du tremblement et de l'inquiétude musculaire ; puis, on s'est aperçu qu'il bafouillait et que la langue était agitée de tremblements ; plus tard enfin, la raison s'est affaiblie.

Aujourd'hui, la démence est presque complète.

Nous avons pu comparer ses cahiers d'écolier qui sont ceux d'un élève moyen, aux écritures qu'il a faites depuis la maladie ; il passait son temps à copier ; d'abord, la copie était parfaitement correcte, à la fin, il ne traçait plus que des traits absolument intelligibles ; aujourd'hui, en raison de l'exagération du tremblement, il lui est devenu presque impossible de tenir la plume. Sa parole est confuse, fort embrouillée, par suite du tremblement des lèvres et de la langue.

Il existe un tremblement généralisé surtout marqué dans les mouvements volontaires.

En outre, il présente une agitation continuelle, tournant la tête, portant la main à la ceinture comme pour relever son pantalon, se déplaçant sur sa chaise, etc.

Pendant le sommeil, les mouvements cessent.

ÉPICRISE. — Un caractère commun se rencontre dans les trois observations que nous venons de rapporter : il s'agit d'une névrose convulsive chronique s'accompagnant d'un affaiblissement intellectuel considérable qui aboutit assez rapidement à une complète démence.

N'est-il pas possible d'attribuer, en partie du moins, l'affaiblissement intellectuel à l'état convulsif ?

Pour émettre cette idée, je me fonde sur la théorie que Ribot a développée dans son livre : *Psychologie de l'attention*. Ribot a montré l'importance de l'élément moteur dans les opérations psychiques et il établit « que l'attention est un arrêt, » une inhibition de tous les mouvements étrangers à

l'acte psychique, comme il le dit, « une foule d'exemples démontrent qu'entre une grande dépense de mouvements et l'état d'attention, il y a antagonisme ⁽¹⁾. »

Chacun sait qu'il est impossible de réfléchir en courant ou en se livrant à des mouvements un peu intenses.

D'autre part, on dit d'un auditoire très attentif qu'*on y entendrait voler une mouche*. Qu'est-ce que cela signifie, sinon qu'il y a une inhibition qui supprime jusqu'aux plus légers déplacements.

Dès que l'attention se relâche, on remarque que des mouvements se produisent parmi les auditeurs.

L'attention est la condition du développement de l'intelligence, du maintien de son intégrité. Puisqu'il en est ainsi, ne peut-on pas admettre que les états convulsifs chroniques, tels que la chorée chronique en entravant l'attention favorisent tout au moins la déchéance intellectuelle?

Ce n'est là évidemment qu'une hypothèse et je la donne pour ce qu'elle vaut.

Les faits que j'ai cités n'en fournissent pas une confirmation directe, mais ils ne la contredisent pas non plus.

(1) *Op. cit.*, p. 89.

HYSTÉRIE A DEUX.

VOIS A L'ÉTALAGE.

OBSERVATION MÉDICO-LÉGALE

PAR

Le Docteur LÉON DE RODE, membre titulaire.

EXPOSÉ DES FAITS.

Les deux filles M... furent arrêtées dans un magasin au moment où l'ainée venait d'enlever de l'étalage une pièce d'étoffe. L'enquête démontra que des vols nombreux avaient été commis par elles de la même manière dans plusieurs autres magasins de la ville. La manière de procéder avait toujours été la même : les deux femmes se présentaient ensemble, généralement vers le soir, dans le magasin et pendant que la plus jeune détournait l'attention du commerçant en se faisant servir quelque marchandise de peu de valeur, l'ainée saisissait à l'étalage l'objet qu'elle convoitait et la dissimulait sous son grand manteau.

Une perquisition domiciliaire fit découvrir une grande quantité d'objets volés : un rouleau de viande fumée, un paquet de chocolat, un fromage de Hollande, des caisses de cigares, un coupon d'étoffe, etc.

Je fus chargé de procéder à l'examen des facultés mentales de l'ainée des deux sœurs, la nommée Émilie, considérée comme l'auteur principal des délits.

HISTOIRE DU SUJET.

Émilie M... est née en 1850. Ses parents tiennent à D... une auberge et se livrent en même temps à des travaux de culture. Il paraît qu'autrefois ils se trouvaient dans une position aisée, mais que leurs affaires ont périclité et que leur situation de fortune est actuellement loin d'être florissante. D'après certains renseignements, l'oisiveté et les manies dépensières des filles n'auraient pas été étrangères à cette décadence.

Il n'existe aucune parenté entre le père et la mère. Ils sont très bien portants. Le père ne s'est jamais livré à des excès alcooliques. Il n'y a jamais eu ni fous, ni épileptiques dans la famille.

La sœur cadette d'Émilie, actuellement âgée de 36 ans, est atteinte depuis longtemps d'une affection nerveuse de nature évidemment hystérique, mais où, comme cela arrive si fréquemment, la simulation et le mensonge paraissent avoir joué un grand rôle. C'est ainsi qu'il m'a été rapporté que des contractures musculaires permanentes cessaient lorsqu'elle ne se croyait pas surveillée. Pour rendre compte de l'état intellectuel et moral de cette fille, je retiendrai ce fait qu'un jour elle accusa faussement un domestique de lui avoir volé de l'argent. Le malheureux fut arrêté et se pendit avant que son innocence ne fût reconnue. Quoi qu'il en soit, les accès convulsifs sont fréquents et l'existence de la névrose n'est pas douteuse.

C'est il y a environ quinze ans, pendant une exacerbation de la maladie de sa sœur, qu'Émilie fut à son tour atteinte pour la première fois d'accidents convulsifs qui se sont depuis lors répétés à des intervalles très rapprochés. D'après la description qui m'en a été faite par la mère, ces accidents surviennent brusquement. La malade jette parfois un cri, puis tombe sans connaissance, en proie à des convulsions. Il y a souvent de l'écume à la bouche et parfois morsure de la langue. Ils surviennent quelquefois la nuit pendant le sommeil, et

dernièrement encore Émilie a fait de cette façon une chute hors du lit. Après l'attaque il persiste de l'hébétude.

Ces caractères, si la description en est exacte, se rapporteraient plutôt à *l'épilepsie*. Ils sont d'ailleurs confirmés jusqu'à un certain point par l'existence de cicatrices sur le bord de la langue.

D'autre part, le médecin de la famille, déclare qu'Émilie est sujette à des accès d'*hystérie*, qu'il lui a donné des soins pendant des accès et qu'il a observé chez elle et chez sa sœur : « un affaiblissement de l'état mental voisin de la démence. »

ÉTAT ACTUEL.

Émilie M... est une grande et forte femme, bien conformée. Le teint est pâle, un peu anémique. Le crâne est développé surtout en largeur. Le globe oculaire du côté droit est un peu plus saillant que celui de l'autre côté. La pupille est un peu plus large de ce côté que du côté gauche. La langue présente le long de son bord gauche plusieurs cicatrices d'anciennes morsures. Pas de tremblement.

Émilie ne présente ni contractures musculaires, ni anesthésie, ni hyperesthésie.

Elle s'exprime facilement et clairement. Dans les conversations que j'ai eues avec elle, je n'ai jamais constaté aucune trace d'idées délirantes, d'hallucinations ou d'illusions sensorielles. Elle ne manifeste aucun signe de démence, et si son intelligence est au-dessous de la moyenne, elle est cependant loin d'être atteinte d'imbécillité.

Elle avoue les vols qui lui sont reprochés. Elle ne se défend que contre l'intention d'avoir voulu s'approprier le dernier coupon d'étoffe, celui qui a été l'occasion de son arrestation.

Interpelée au sujet du motif qui l'a poussée au vol, elle garde d'abord un silence embarrassé, puis pressée davantage, elle répond : « Je ne sais pas. Le coupon que j'ai pris et qu'on a retrouvé dans mon lit, je n'aurais pas su l'utiliser, car le propriétaire l'aurait vite reconnu. » Comme je lui fais

observer qu'il n'en est pas de même pour d'autres objets dérobés et dont en réalité plusieurs ont déjà été consommés en tout ou en partie, elle se contente de dire : « Je ne sais pas toujours ce que je fais. »

Ce n'est cependant que sur interpellation directe qu'elle parle d'abord de ses chutes et de ses accès convulsifs.

Ces accidents chez Émilie, comme chez sa sœur, sont d'ailleurs devenus singulièrement plus fréquents depuis qu'elles ont été surprises et qu'elles sont sous le coup de poursuites judiciaires. C'est ainsi que chaque fois qu'elles ont dû être interrogées par la justice, elles ont été prises de « crises de nerfs » dont l'opportunité même est de nature à faire suspecter la sincérité.

J'ai eu l'occasion d'assister à l'une de ces « crises » chez Émilie. M'étant rendu avec le juge d'instruction au domicile des M... où notre visite avait été annoncée, nous y trouvâmes Émilie assise sur une chaise et sa sœur étendue dans un fauteuil. Celle-ci, les yeux fermés, ne donnait aucun signe de vie. Devant les objurgations du juge, elle ouvrit cependant les yeux et d'une voix basse répondit aux questions qui lui étaient adressées. A la fin de son interrogatoire, elle fut prise d'une syncope qui, cette fois, n'était pas simulée. Pendant que cet interrogatoire se poursuivait, Émilie qui était assise près du poêle se mit tout à coup à se frapper à coups redoublés du poing droit la joue du même côté, puis courbée en deux, fit un ou deux pas en avant et se laissa tomber sur le sol où elle resta étendue sur le dos, les yeux fermés.

L'avant-bras droit était le siège de mouvements rapides et très étendus de flexion et d'extension. Il n'y eut ni contorsions violentes, tortillements, ni cris, ni hoquet, ni spasmes viscéraux. Il n'y eut non plus ni contraction tonique du dos ou des muscles respiratoires, ni écume à la bouche, ni saignement de la langue. La face resta calme et sans changement de coloration. Cela dura quelques minutes, puis la mère la releva et l'assit sur une chaise. A ce moment elle paraissait être en état de résolution complète. Elle se tint cependant sur la chaise,

laissant seulement retomber sa tête en arrière contre le mur. Les mouvements de déglutition de la salive comme les mouvements respiratoires s'accomplissaient normalement et à intervalles égaux ; le pouls était à peine un peu plus fréquent qu'à l'état normal. Elle se montrait insensible aux pincements de la peau ; mais quand je voulus lui ouvrir les yeux, malgré la résolution musculaire générale apparente, je constatai une vive résistance. Je soulevai cependant la paupière ; aussitôt le globe de l'œil se révolta en haut, mais bientôt fatigué il revint à une autre position et je pus m'assurer que la pupille était normale et sensible à la lumière. Après quelques frémissements du bras droit et puis du bras gauche, l'accès se termina. Il ne fut pas suivi de stertor ou d'hébétude, ni de pleurs, ni de spasmes laryngés. Émilie entr'ouvrit d'abord les yeux, puis les ouvrit complètement et resta assise sur sa chaise comme si rien ne s'était passé. Elle répondit alors aux questions qui lui furent adressées par le juge sans qu'il fut possible de découvrir chez elle aucun trouble de l'intelligence. Après mon départ, elle fut prise d'un nouvel accès plus violent et un peu différent du premier.

A ma visite suivante, que j'eus soin de faire à l'improviste, je trouvai les filles M... avec toutes les apparences de la santé et se livrant aux travaux du ménage. Tout ce que j'observai chez Émilie, ce furent quelques mouvements spasmodiques du globe de l'œil et des paupières quand je voulus procéder à l'examen du champ visuel et qui m'obligèrent à renoncer à cet examen.

APPRÉCIATION.

Émilie M... n'est atteinte d'aucune forme de délire. Ce n'est ni une démente ni une imbécile. Elle n'est pas non plus atteinte de folie morale. Elle se rend bien compte du caractère délictueux des actes qu'elle a commis.

C'est une névropathe sujette à des accès convulsifs de nature probablement épileptique et aussi à des accès et autres manifestations qu'il faut rattacher à l'hystérie.

Il faut faire dans les accidents actuels une grande part à la simulation. Certes, il ne faut pas oublier que la simulation, le mensonge et la propension au vol sont des manifestations fréquentes de l'état mental particulier aux hystériques. Le vol à l'étalage est une des formes les plus habituelles de la criminalité chez ces malades.

Toutefois les faits qui sont reprochés à Émilie ne présentent point les caractères des *impulsions irrésistibles* d'origine pathologique. Leur caractère essentiel, l'absence de mobile, y fait notammant défaut. La nature des objets dérobés par Émilie et dont la plupart devaient servir à satisfaire ses instincts de gourmandise, la préméditation évidente, l'habileté avec laquelle la plupart des vols ont été exécutés et surtout le concert établi entre les deux sœurs, doivent faire écarter l'hypothèse de la monomanie impulsive du vol (*kleptomanie*).

Les faits ne présentent pas davantage les caractères des *obsessions* auxquelles certains malades finissent par succomber après une longue résistance.

Mais il est très vraisemblable que la maladie nerveuse dont Émilie est atteinte a contribué à développer chez elle certains instincts vicieux, à leur donner une force anormale, à affaiblir d'autre part sa force de résistance et à altérer ainsi le libre exercice de sa volonté.

C'est dans ce sens que je formulai les conclusions que je communiquai à la justice.

CONCLUSIONS.

Émilie M... n'est pas actuellement en état de démence. Elle ne l'était pas au moment où elle commettait les vols qui lui sont reprochés.

Elle n'a pas été poussée à commettre ces vols par des obsessions ou par des impulsions morbides irrésistibles.

Elle est atteinte d'une maladie nerveuse qui a pu contribuer à développer ses instincts vicieux et à altérer dans une certaine mesure le libre exercice de sa volonté.

Le procès suivit son cours. A l'audience les deux filles donnèrent aux juges la représentation d'une série d'accès convulsifs se manifestant tantôt chez l'une, tantôt chez l'autre, tantôt chez toutes les deux à la fois. Impressionnés par ce spectacle plus sans doute que par les réserves que j'avais exprimées au sujet de la complète responsabilité d'Émilie, les juges s'empressèrent d'acquitter les prévenues.

Clinique des Maladies mentales de l'Université de Liège.

UN
CAS DE FOLIE DU DOUTE
AVEC DÉLIRE DU TOUCHER

PAR

J. MASSAUT, chef de clinique.

Le cas que je vais rapporter, appartient à l'espèce décrite sous le nom, assez mal choisi d'ailleurs, de *folie du doute avec délire du toucher*. Il me paraît intéressant à un double point de vue : 1° Il nous montre le complexe symptomatique en question survenant chez une malade qui ne présente aucun signe de dégénérescence, aucun antécédent héréditaire.

2° Il établit la prédominance du phénomène intellectuel sur le phénomène affectif, c'est à dire que nous avons affaire à une idée obsédante avec l'anxiété concomitante habituelle, plutôt qu'à une phobie proprement dite.

OBSERVATION.

Marie D..., âgée de 26 ans, a la physionomie tout à fait normale; le teint un peu anémique. Elle est grande, bien constituée, ne présente aucun signe de dégénérescence physique, ni d'état neurasthénique.

On constate chez elle, un léger souffle à l'auscultation de la

veine jugulaire. Elle ne renseigne aucun antécédent personnel autre que la variole dont elle a été atteinte à l'âge de sept ans.

D'après les affirmations du mari et de la malade et d'après des recherches que j'ai faites sur sa famille, la malade ne présente aucune tare nerveuse héréditaire. Elle a toujours été bien portante, ne présentant aucune « manie », aucun tic. Elle a été longtemps servante et s'est toujours fait remarquer par sa propreté. Elle s'est mariée il y a deux ans et a eu un enfant à cette époque. L'accouchement, ni les suites n'ont rien présenté d'anormal, si ce n'est que la malade s'est plainte à diverses reprises de céphalalgie.

Elle a sevré son enfant, il y a neuf mois ; les règles ont reparu ; elles ont été très abondantes et ont duré huit jours. Pendant cette période, la malade était agacée, nerveuse, vite fatiguée.

C'est alors qu'un chat ayant déposé ses déjections sur un paillason, D... a commencé à se préoccuper de la malpropreté. Son mari l'a trouvée pleurant, se frottant les mains, croyant toujours que celles-ci restaient tachées d'excréments. A partir de ce moment, le mal s'est développé. La malade devenait anxieuse, elle pleurait chaque fois qu'elle avait à faire dans son ménage une besogne quelconque qui pouvait la salir. Laver et nettoyer son petit enfant, lui était particulièrement pénible. Elle se lavait fréquemment les mains. Quand elle sortait, elle regardait à droite et à gauche pour s'assurer s'il n'y avait pas de malpropreté sur son chemin,

La malade souffrait également de folie du doute : elle se demandait cent fois si elle avait bien fait son ouvrage et le recommençait fréquemment. Elle prenait un soin particulier de bien fermer les portes et s'assurait à différentes reprises si elles étaient en réalité bien closes.

Mais ce qui la tracasse surtout, la rend constamment anxieuse, la fait pleurer et a fait naître chez elle des idées de suicide, c'est la persistance de *l'idée* de malpropreté, la persistance de la crainte de se salir qui la poursuivait nuit et jour, jusque dans ses rêves. « Je crains la crasse, nous dit la malade, je crois toujours en avoir sur moi, je crois toujours que j'en vois. »

En réalité, cette crainte est irraisonnée ; la malade n'éprouve pas de dégoût, ne redoute pas de maladie et se rend parfaitement compte de la nature pathologique de son état.

Nous insistons pour connaître la cause de ses craintes. Elle répond : « Je reconnais que la malpropreté n'est pas dangereuse, c'est la crainte d'être sale sur moi, ce n'est pas le dégoût comme celui que l'on éprouve vis à vis d'un animal répugnant, par exemple, mais *c'est l'esprit qui travaille toujours là dessus....* C'est plutôt *l'idée* qui me rend mal à l'aise. »

Au commencement de sa maladie, le sommeil de D... était souvent troublé par des rêves dans lesquels ses préoccupations réapparaissaient. « Son enfant avait fait ses besoins et elle n'arrivait pas à le nettoyer. Elle devait aller au cabinet, mais celui-ci était sale. »

Dès qu'elle se réveillait, elle pensait toujours à la malpropreté et disait que c'était cela qui lui travaillait toujours dans la tête.

La malade pleurait souvent, surtout au début, non pas à cause de la malpropreté, mais à cause de ses craintes anormales. En général, la malade est devenue fort craintive et entrant dans les salles de l'hospice, elle a toujours peur qu'il ne survienne quelque incident parmi les malades, « elle a peur de se saisir. »

Comme je le disais plus haut, ce qui donne un certain intérêt à cette observation, c'est d'abord l'absence de dégénérescence chez la malade. On connaît la divergence de vues qui existe à cet égard, entre l'École allemande et l'École française. Cette divergence s'est encore manifestée récemment, au Congrès d'Anthropologie criminelle de Bruxelles. Magnan prétendait trouver dans tous les obsédés des dégénérés, tandis que Näcké, de Leipzig, disait : « Les cas d'obsession se présentent chez des individus non dégénérés ou avec hérédité peu chargée. D'ailleurs, il est très difficile de dire où finit l'état normal, où commence la dégénérescence. »

L'observation que je viens de rapporter confirme la manière de voir des Allemands. Les obsessions de D... semblent avoir pour cause l'affaiblissement de la malade. C'est en effet après avoir nourri longtemps son enfant et avoir subi des pertes sanguines considérables que son état pathologique s'est déclaré. La malade présente d'ailleurs maintenant encore des signes d'anémie.

Remarquons encore ce qu'il y a de particulier dans l'état de D... Quand nous la questionnons, elle explique très nettement qu'elle ne redoute rien de fâcheux du contact des choses malpropres, qu'il ne s'agit pas d'une véritable répulsion, d'un véritable dégoût, mais elle est triste et oppressée parce qu'elle pense toujours à la crasse et qu'elle la craint constamment.

D'ailleurs, le cas n'est pas isolé. Voici deux observations qui m'ont été communiquées par M. le professeur Francotte et qui sont analogues à celles que je viens de rapporter :

1° Un jeune homme de 21 ans a eu tout à coup cette idée : « Je vais avoir mal à la tête. » Depuis lors, cette idée ne le quitte pas une minute. Il n'a pas de préoccupation véritable au sujet du mal de tête qu'il ne connaît pour ainsi dire pas, et il avoue que cette perspective n'a rien de bien effrayant.

2° Un jeune homme de 25 ans, étudiant en médecine, a souffert antérieurement de scrupules, puis de crainte de la fièvre typhoïde et enfin, de la crainte de la tuberculose. « Je sais bien, disait-il, que je n'ai aucun symptôme de tuberculose, que je n'y suis pas prédisposé, je me trouve très bien à l'hôpital quand j'ausculte des phtisiques. Je ne pense pas du tout à la contagion. »

Ce qui tourmentait ces deux malades, ce n'était donc pas à proprement parler la crainte de la maladie, mais c'était cette idée obsédante : « Je vais devenir malade. »

Nous pouvons donc dire que dans les trois cas que je viens de rapporter l'état de crainte est secondaire, le phénomène primitif est l'idée obsédante.

ANALYSES D'OUVRAGES.

DU MUTISME MÉLANCOLIQUE, par le Dr J. SÉGLAS.

Analyse par le Prof. Dr XAV. FRANCOTTE, membre titulaire.

Le travail qui fait l'objet de cette analyse a paru dans les *Annales médico-psychologiques* : depuis lors, il a trouvé place dans le livre si utile, si intéressant que M. Séglas a consacré à l'étude *des troubles du langage chez les aliénés*.

Il traite du mutisme chez les mélancoliques.

Le mutisme mélancolique reconnaît des causes multiples : habituellement, ce sont des hallucinations empêchantes, des conceptions délirantes de nature variée. Mais, en dehors de ces causes, il en est d'autres moins connues, moins étudiées, sur lesquelles l'auteur attire, à juste titre, l'attention des aliénistes. Ce sont :

- 1° Des amnésies verbales transitoires ;
- 2° La perte de la signification des mots ;
- 3° L'affaiblissement du pouvoir de synthèse ;
- 4° La présence d'hallucinations verbales psycho-motrices.

Les *amnésies verbales transitoires* se présentent sous la forme de l'onomatomanie caractérisée par la recherche anxieuse du mot.

Ce que Séglas appelle *la perte de la signification des mots* n'est en somme qu'un cas de la cécité et de la surdité verbales : le malade n'est plus en état de relier l'image graphique du mot ou l'image auditive à l'idée qu'elle représente.

Dans l'état désigné par Séglas sous la dénomination d'*affaiblissement du pouvoir de synthèse*, il y a des phénomènes analogues : seulement ici, le malade comprend les mots écrits ou prononcés *isolés*, tandis qu'il est incapable de saisir leurs rapports et d'en tirer la signification de *la phrase*.

Et ce n'est pas uniquement le pouvoir réceptif qui est lésé : la fonction active souffre de la même façon, en ce sens que le malade possède tous les mots correspondants à ses idées, mais il ne réussit pas à les agencer, à les grouper pour en former des phrases.

Les observations fort intéressantes relatées par l'auteur nous montrent que les différents facteurs du mutisme mélancolique peuvent se trouver associés ; ainsi, dans un même cas, on trouve des

amnésies plus ou moins prononcées, la perte de la signification des mots, l'affaiblissement du pouvoir de synthèse.

La dernière cause de mutisme étudiée par SéglaS consiste dans des *hallucinations psycho-motrices*.

Comme on le sait SéglaS a interprété le symptôme décrit par Baillarger sous le nom d'*hallucination psychique*, en le considérant comme une hallucination verbale psycho-motrice.

On comprend que lorsque ces hallucinations deviennent presque incessantes, elles entravent la parole et déterminent le mutisme.

DE L'OBSESSION HALLUCINATOIRE ET DE L'HALLUCINATION OBSÉDANTE, par le D^r J. SÉGLAS.

Analyse par le Prof. D^r XAV. FRANCOITE, membre titulaire.

Contrairement à l'opinion générale, SéglaS admet l'existence d'hallucinations dans le cadre des phénomènes d'obsession. Il distingue deux cas :

1^o Ou bien, l'idée obsédante s'accompagne d'une hallucination qu'elle provoque (*obsession hallucinatoire*);

2^o Ou bien, l'hallucination a une existence indépendante, avec tous les caractères communs aux obsessions en général (*hallucination obsédante*).

Les exemples du premier cas rapportés par SéglaS, sont peu nombreux, mais bien démonstratifs; on y voit l'idée obsédante prendre corps en quelque sorte et se manifester sous la forme hallucinatoire.

Dans le second cas, l'hallucination est primitive et constitue à elle seule l'obsession.

SéglaS fournit de nombreux exemples de l'espèce : hallucinations de l'odorat, de la vue, de l'ouïe, hallucinations verbales.

Mais, demandera-t-on, quels sont les caractères qui permettent de faire de l'hallucination un phénomène d'obsession?

Répondre à cette question nous entraînerait à entreprendre l'étude de l'obsession en général et peut-être à reconnaître que la notion en a été un peu trop élargie; nous nous bornerons à reproduire les vues de l'auteur que nous analysons.

D'après SéglaS, deux caractères paraissent essentiels à l'obsession : la conscience et l'angoisse concomitante et ces deux caractères se retrouvent en effet dans les exemples cités.

Je propose d'adresser des remerciements à M. le D^r SéglaS et de déposer honorablement ses deux travaux à la bibliothèque.

DIE PSYCHOPATHISCHEN MINDERWERTIGKEITEN, von Dr KOCH,
de Zwiefalten.

Analyse par le Dr L. DE RODE, membre titulaire.

Psychopathischen Minderwertigkeiten. Sous cette dénomination nouvelle à laquelle il serait difficile de trouver une dénomination correspondante dans la langue française (*misères psychiques?*), Koch décrit l'ensemble de ces manifestations psychiques si variées dans leur nature et dans leur intensité, qui sans constituer des cas d'aliénation mentale proprement dite, ne peuvent cependant pas se concilier avec l'idée d'une raison parfaitement saine.

Dans une longue préface il cherche à justifier la création d'un mot nouveau pour exprimer des choses connues depuis longtemps. Un grand nombre des manifestations ou des états pathologiques qu'il présente sous le nom de *Minderwertigkeiten* ont été bien des fois décrits sous d'autres noms : prodromes de la folie, guérisons incomplètes, tempérament nerveux, névrose héréditaire, folie héréditaire, folie par obsession, neurasthénie, constitution névropathique, tempérament fou, etc. Mais dans les descriptions ils se sont trouvés mêlés à d'autres symptômes qui n'avaient avec eux rien de commun, ont été souvent mal interprétés et n'ont été étudiés que d'une manière incomplète ou peu méthodique.

Ce n'est certes pas ce dernier reproche que l'on pourra adresser à la publication de Koch. Toutes les manifestations psychopathiques qui font l'objet de son étude sont classées, étiquetées par divisions et subdivisions, dogmatiquement rangées dans leurs places respectives, illustrées par des exemples et par des observations cliniques. On peut se demander si ces divisions n'ont pas été établies d'une manière un peu arbitraire et ne reposent pas sur des distinctions bien subtiles. Mais il ne faut pas perdre de vue que Koch se flatte de l'espoir de voir son livre occuper l'attention non seulement des médecins, mais aussi de tous ceux qui s'occupent de pédagogie, de droit ou de morale. A ce point de vue le caractère un peu dogmatique de l'ouvrage n'est pas sans utilité et il faut être reconnaissant à l'auteur d'avoir réuni et groupé un véritable corps de doctrine des enseignements jusqu'ici un peu disséminés dans la science.

Après avoir défini ce qu'il faut entendre par le terme nouveau qu'il propose, Koch s'attache à établir qu'il s'agit bien d'états pathologiques, correspondant à des altérations organiques ou fonctionnelles du cerveau ou du système nerveux. C'est par une transition insensible cependant que la série des *Minderwertigkeiten* se rattache d'un côté aux psychoses, de l'autre côté à l'état physiologique.

Quoi qu'il en soit, l'auteur les divise en deux grandes classes : les *M. continues* et les *M. passagères* ou *transitoires*.

Les premières se subdivisent en *congénitales* et en *acquises*.

Les *M. congénitales* reconnaissent le plus souvent pour cause l'hérédité psychopathique ou nerveuse. Elles s'accompagnent généralement de certaines altérations ou de certains troubles physiques qui constituent les signes anatomiques ou les signes fonctionnels de la dégénérescence. Cette question des stigmates est exposée en quelques pages. L'auteur s'écarte en plusieurs points des idées de Morel sur les *stigmates de l'hérédité* et sur la signification qu'il faut y attacher.

D'après leur gravité les *M. congénitales* se divisent en trois groupes :

1. La prédisposition psychopathique (*Disposition*).
2. La tare psychopathique (*Belastung*).
3. La dégénérescence (*Degeneration*).

1. La *prédisposition* est tantôt *latente*, tantôt *manifeste*. Ce qui la caractérise, c'est une impressionnabilité exagérée en même temps qu'un défaut d'activité ou d'énergie du système nerveux.

2. La *tare psychopathique* a pour caractères : *a*) des anomalies dans l'excitabilité psychique, excitabilité exagérée, épuisement rapide (faiblesse irritable); *b*) un défaut d'équilibre dans les facultés; *c*) un individualisme exagéré; *d*) un défaut de rectitude, de jugement; *e*) des contradictions dans la conduite; *f*) des originalités, bizarreries de caractères, obsessions (*zwangsgedenken*); *g*) la périodicité de ces manifestations.

Un chapitre très étendu est consacré à l'étude des *obsessions*. L'auteur les divise en plusieurs catégories suivant qu'elles affectent les sensations, les sentiments, les actes, les représentations mentales, etc. (*Zwangsempfindungen*; *-gefühle*; *-handlungen*; *-vorstellungen*).

Il établit les rapports que les diverses espèces d'obsessions présentent entre elles et les rapports qu'elles ont avec les psychoses.

Il rapporte de nombreuses observations de chaque espèce d'anomalie et décrit l'état d'esprit des individus atteints de tare psychopathique : originaux, déséquilibrés, scrupuleux, capricieux, sots, misanthropes, redresseurs de torts, réformateurs de la société, collectionneurs, etc.

3. La *dégénérescence* se caractérise par l'existence à côté des autres anomalies psychiques d'un état de *faiblesse mentale* borné tantôt au domaine intellectuel, tantôt au domaine moral ou affectant à la fois les deux domaines. De là une division en dégénérés intellectuels, dégénérés moraux et dégénérés généraux.

Ici encore l'auteur cite de nombreux exemples.

Il s'occupe aussi du traitement hygiénique, moral et médicamenteux qu'il y a lieu d'opposer à ces divers états.

Un chapitre spécial est consacré à l'étude des rapports entre la dégénérescence et la responsabilité pénale. L'auteur montre les déficiences de la législation qui ne reconnaît d'autres motifs d'excuse que la démence. Il insiste sur la nécessité d'admettre des responsabilités atténuées (conception bien différente de celles des circonstances atténuantes). Il réclame la création d'établissements spéciaux qui ne seraient ni des asiles pour aliénés ni des prisons, où les individus atteints de *Minderwertigkeiten* pourraient être placés jusqu'à guérison ou jusqu'à ce qu'ils aient cessé d'être dangereux.

Les derniers chapitres de la première livraison sont consacrés à l'étude des rapports entre les M. et les psychoses.

L'auteur montre successivement l'apparition intercurrente des psychoses chez les malades atteints de *Minderwertigkeiten* et la transformation définitive de celles-ci en psychoses.

La seconde livraison traite des *Minderwertigkeiten* à type continu, acquises à une époque quelconque de la vie. Leur durée est très variable. Leurs causes sont d'ordre physique ou d'ordre psychique. Parmi les causes prédisposantes le rôle le plus important appartient à l'hérédité; mais l'intervention de cette cause n'est pas indispensable pour le développement d'une *Minderwertigkeit*. Elles s'accompagnent de troubles physiques et spécialement de désordres fonctionnels du système nerveux.

Nous retrouvons ici aussi d'après la gravité des cas :

1. La simple prédisposition psychopathique.
2. La tare psychopathique (*Belastung*).

L'auteur décrit les symptômes de la *Disposition* et ceux de la *Belastung*. Il établit les différences qui séparent ces états de la neurasthénie. Plus loin il établit le diagnostic différentiel des *Minderwertigkeiten* avec les prodromes de la folie paralytique.

Il distingue une forme légère de la *Belastung* et une forme grave. D'après son étiologie il distingue : la B. idiopathique et celle qui est influencée ou déterminée par des vices constitutionnels. Parmi ces dernières formes de B. il cite celles provoquées par l'abus de la morphine, du tabac, du café, etc., celles qui surviennent à la suite de l'influenza, à la suite d'affections du nez, celles qui surviennent à la suite d'accidents (*Railway-Brain*, névrose traumatique), à la suite de l'onanisme, de la puberté, de la grossesse, etc., puis celles qu'il désigne plus particulièrement sous le nom de B. constitutionnelles : générale, hypocondriaque, hystérique, etc.

A propos de toutes ces formes de *Minderwertigkeiten* l'auteur ne se contente pas de décrire les symptômes psychiques qui les caractérisent : troubles de la sensibilité, faiblesse intellectuelle, angoisses, etc. Il s'attache aussi à énumérer les manifestations d'ordre somatique qui les accompagnent presque toujours.

Il s'occupe longuement du traitement qu'il y a lieu d'opposer à ces états pathologiques, soit pour les prévenir ou en arrêter les progrès, soit pour en combattre les effets.

Les dernières pages de la seconde livraison sont consacrées à un parallèle entre la théorie des *Minderwertigkeiten* et celle des dégénérescences. Ce sont là deux termes, dit l'auteur, qui ne sont pas synonymes. Il désigne du nom de dégénérescences les *Minderwertigkeiten* dans lesquelles il existe une faiblesse habituelle de l'intelligence ou du sens moral. Aussi bien, il y a deux théories des dégénérescences, celle de Morel et celle de Lombroso. Il reproche à celle de Morel d'exagérer l'importance du rôle de l'hérédité. Sans méconnaître l'importance de ce rôle, il admet pour sa part que ce n'est pas un élément indispensable dans l'étiologie de beaucoup d'états pathologiques considérés comme des dégénérescences. D'un autre côté il n'admet pas non plus la marche fatalement progressive de génération en génération de ces manifestations pathologiques jusqu'à la stérilité finale. Il n'est pas rare de voir les enfants atteints de formes plus légères que celles des pères et l'on voit ainsi de véritables régénérations. Quant à la théorie de Lombroso qui a encore des partisans en Italie, elle ne repose que sur des hypothèses sans fondement et ses assertions ne sont pas admissibles. Lombroso comme Morel, a le mérite d'avoir attiré l'attention sur certaines catégories de phénomènes, d'avoir recueilli un grand nombre d'observations, d'avoir ouvert des voies nouvelles fertiles en découvertes scientifiques; mais en tant que doctrines on peut dire que leurs théories n'ont plus qu'un intérêt historique.

LA LÉGISLATION SUR LES ALIÉNÉS DANS LES ILES BRITANNIQUES,
par le Dr RENÉ SEMELAIGNE.

Analyse par le Dr PEETERS, membre titulaire.

L'ouvrage de M. le Dr Semelaigne que vous avez bien voulu soumettre à mon examen, est un exposé de la législation qui régit les aliénés en Angleterre, en Écosse et en Irlande; c'est un exposé très

complet : par dates, par chapitres et articles ; très intéressant, mais dont il est impossible de faire une analyse. Il y a pourtant des points de détail que je dois vous signaler.

Ainsi, le certificat, qui sert de base à la collocation, doit être double. et chaque médecin doit exposer séparément les faits qu'il a appris par d'autres et ceux qu'il a constatés lui-même. Les certificats médicaux sont souvent complètement insuffisants dans notre pays. Ne pourrait-on demander aux médecins de détailler les symptômes qu'ils ont observés ou dont l'existence leur a été signalée. Il y a peut-être quelque chose à faire de ce côté dans notre pays, et dans l'intérêt des aliénistes et dans l'intérêt des malades.

La législation des Iles Britanniques se distingue de la nôtre par les *admissions volontaires*. Une personne se présente dans un asile ; elle y est admise, traitée, mais elle est libre de s'en aller en avertissant le directeur 24 heures d'avance.

La dernière loi sur le régime des aliénés, celle de 1890, reconnaît officiellement l'emploi des moyens de coercition.

Je vous propose de remercier l'auteur de son envoi et de déposer honorablement son travail dans nos archives.

DU RESTRAINT ET DU NON-RESTRAINT EN ANGLETERRE, par le D^r RENÉ SEMELAIGNE.

Analyse par le D^r PEETERS, membre titulaire.

Dans cette brochure, l'auteur donne l'histoire du restraint et du non-restraint en Angleterre. Il expose la triste situation des aliénés enfermés dans les asiles jusqu'à la fin du XVIII^{me} siècle et, après avoir, en passant, rendu hommage à Pinel, il fait connaître la création de la Retraite d'York, due entièrement à l'initiative de la secte des Amis et du D^r Samuel Tuke. La douceur et l'humanité y formaient la base du traitement des aliénés ; c'est de là que partit l'impulsion et bientôt le mouvement en faveur du non-restraint absolu se propagea dans tout le Royaume-Uni.

La réaction devait se faire ; elle est complète aujourd'hui. Je viens de le dire il y a un instant : la loi de 1890 consacre officiellement l'emploi des moyens de contrainte dans des cas déterminés et en l'entourant de certaines précautions.

Je propose de remercier l'auteur de la brochure que je viens de résumer brièvement et de déposer honorablement son travail dans nos archives.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur les effets physiologiques des courants alternatifs à variation sinusoïdale, par D'ARSONVAL (Ac. des Sc. de Paris, 1892).

D'A. a indiqué une méthode générale permettant d'obtenir, par synthèse, la forme de l'onde électrique servant à exciter un tissu vivant. Cette courbe, appelée *caractéristique de l'excitation*, détermine l'excitant électrique au point de vue physique et permet de se placer toujours dans les mêmes conditions. Les nombreuses expériences effectuées à l'aide de cette méthode l'ont conduit à formuler la loi suivante dans le cas le plus simple, celui de l'excitation unipolaire de Chauveau : *l'intensité de la réaction motrice ou sensitive est proportionnelle à la variation du potentiel au point excité*, en se plaçant dans les conditions normales de l'excitation unipolaire, telle que la pratiquent les physiologistes.

Depuis lors, il a étudié au point de vue de la pratique médicale, les excitations électriques produites par les courants alternatifs à variations sinusoïdale ; il a constaté les faits suivants :

1° En étalant la sinusoïde, on peut faire traverser l'organisme par des courants assez intenses, ne donnant ni douleur, ni contraction musculaire, ni action chimique. Cette absence d'action physiologique n'est qu'apparente, car par l'analyse des gaz de la respiration, le passage de ce courant s'accompagne d'une augmentation dans l'absorption d'oxygène et dans l'élimination d'acide carbonique.

2° En augmentant graduellement la fréquence, on arrive à provoquer des contractions musculaires énergiques, mais infiniment moins douloureuses, à intensité égale, qu'en se servant d'une bobine d'induction. Dans ces conditions, les combustions respiratoires s'exagèrent considérablement, et ces courants agissent puissamment pour modifier la nutrition.

Sur les effets de l'ablation totale en un temps d'un hémisphère cérébral chez le chien, par VITZOU (2^e Congrès de Physiol. tenu à Liège, en 1892).

A un chien de 3 $\frac{1}{2}$ mois, V. a extirpé d'un seul coup, presque tout l'hémisphère gauche, après quoi il a enlevé aussitôt ce qui restait de cet hémisphère.

Un fait remarquable à noter dans l'ablation d'un hémisphère dans ces conditions, c'est qu'il se produit une hémorragie moins abondante que dans les cas d'ablation partielle du cerveau.

Le lendemain de l'opération et les jours suivants la température se maintient à 37°, et lorsque l'animal reste debout, on remarque que les membres du côté droit sont flasques, sans tonicité. En faisant marcher le chien, on constate qu'il touche souvent le sol avec la partie antérieure des membres du côté opposé à la lésion et qu'il a de la tendance à tourner de droite à gauche.

Après la guérison complète, qui a lieu au bout de dix jours, grâce à l'antisepsie, on remarque que le chien est gai et qu'il joue avec d'autres animaux de son espèce mis en liberté.

Pour mieux juger du degré de la puissance locomotrice des quatre membres du chien opéré, V. le fait suspendre en l'air à l'aide d'une large ceinture; on constate alors que les membres du côté opposé à l'hémisphère enlevé, restent flasques et pendants, tandis que ceux du côté correspondant s'agitent et que le chien fait de grands efforts pour se sauver.

En donnant à manger de gros morceaux de pain au chien opéré, il ne peut pas se servir de sa patte droite pour appuyer sur le pain, comme cela arrive régulièrement aux chiens non opérés.

Le chien décérébré de son hémisphère vit depuis cinq mois; V. le conserve pour lui enlever par le même procédé, l'hémisphère du côté opposé.

V. a répété fréquemment les expériences décrites, pour déterminer dans quel état se trouve l'animal lorsqu'on lui couvre l'œil correspondant à la lésion occipitale; il a toujours constaté de l'*hémianopsie homonyme*.

—

Les centres cérébraux visuels chez le chien et le singe, par VITZOU
(2^e Congr. de Physiol. tenu à Liège, en 1892).

Après avoir mis à nu le cerveau avec le trépan et la pince, chez un chien préalablement anesthésié par l'atropo-morphine et le chloroforme (procédé de Dastre), V. fait, avec une curette, l'ablation de toute la partie postérieure de l'hémisphère gauche comprenant les première, deuxième et troisième circonvolutions parallèles, correspondant au lobe occipital des autres mammifères, jusqu'à ce que il arrive à la tente du cervelet. Quand l'animal est réveillé, il commence l'observation. En mettant un bandeau sur l'œil correspondant au côté lésé, le chien voit très mal de l'œil resté découvert; s'il se déplace, il se heurte contre les obstacles sans pouvoir les éviter.

Dans une autre série d'expériences, il maintient le bandeau sur

l'œil correspondant à la lésion et il promène un morceau de viande dans un plan vertical, en face des trois quarts internes de l'œil du côté opposé; dans ces conditions, le chien ne voit pas la viande et ne manifeste aucune envie de la prendre. Dès que l'on fait passer le morceau de viande au niveau de l'angle externe de l'œil, on remarque que le chien aperçoit la viande et semble vouloir s'en emparer.

Lorsqu'il couvre d'un bandeau l'œil droit et lorsqu'il promène le morceau de viande devant le quart externe de l'œil gauche correspondant à la lésion, le chien reste indifférent, mais il suffit de passer la viande devant les trois quarts internes du même œil pour que la viande soit vue et que le chien essaie de la saisir.

Ces faits prouvent que l'on se trouve en présence d'une *hémianopsie homonyme* et que, par conséquent, l'entrecroisement des fibres des nerfs optiques est incomplet dans le chiasma.

Il était intéressant de répéter cette même opération sur l'autre lobe occipital. V. a fait dans ce but l'ablation en un temps de deux parties postérieures du cerveau comprenant les première, deuxième et troisième circonvolutions parallèles.

Grâce à cette méthode et à une bonne antisepsie il a obtenu des résultats remarquables; sur 10 chiens opérés il en a conservé 5; Munk n'en a conservé que 4 sur 84.

Après la cessation du sommeil chloroformique, on constate une cécité complète qui se maintient les jours suivants.

V. a pu conserver en vie un chien opéré de la sorte pendant six mois et onze jours; il est mort accidentellement de pneumonie, sans avoir jamais recouvré la vue.

Il résulte de ces recherches qu'après l'ablation de la partie postérieure des première, deuxième et troisième circonvolutions parallèles correspondant aux lobes occipitaux des autres animaux, les chiens perdent la perception de la vue des objets.

Ces faits contredisent les affirmations de Goltz, qui aurait constaté qu'un chien décérébré depuis dix-huit mois ne présentait aucun signe de cécité. Sur le singe, Ferrier et Yeo ont localisé le centre de la perception visuelle des objets dans le pli courbe; or, les recherches de V. ont démontré que l'ablation des plis courbes des deux côtés n'était pas suivie de cécité, tandis que l'extirpation totale des deux lobes occipitaux était accompagnée de cécité totale et permanente.

De l'infatigabilité absolue des nerfs, par WEDENSKY (2^e Congrès de Physiologie tenu à Liège en 1892).

Par ses recherches avec le téléphone et le galvanomètre, W. a démontré que les nerfs ne présentaient aucune fatigue. Il reste à savoir

si le nerf est absolument infatigable ou si l'on peut saisir le développement lent de cette fatigue. Il faudrait, dans le premier cas, admettre qu'il n'y a pas de dépense de forces vives et que le nerf n'est qu'un simple conducteur. Si, au contraire, un nerf en activité meurt plus vite qu'un nerf au repos, ce serait une preuve de l'activité essentielle du nerf. Les expériences de Frédéricq ont montré que les nerfs des animaux à sang chaud conservent longtemps leur activité. — Chez un animal à sang chaud on prend le nerf sciatique, on le lave à 30° avec une solution saline à 1 ‰. Le nerf est transporté à diverses températures dans une chambre humide, avec des électrodes impolarisables pour électriser le nerf et recueillir le courant d'action du nerf par le téléphone ou le galvanomètre. A mesure que le nerf meurt, le son téléphonique perd sa netteté et présente des bruits différents. On détermine le *seuil* d'irritation, et l'on étudie par le téléphone la vitalité du nerf excité et du nerf témoin. La vitalité des nerfs *excités* varie de six à quatorze heures; cela dépend de la température à laquelle on opère, de la narcotisation faite sur l'animal avant l'extirpation des nerfs, et enfin et surtout (c'est le facteur le plus important) du nombre de coupes transversales que l'on fait sur le nerf. Or, le nerf témoin, qui ne reçoit que des excitations passagères, nécessaires pour constater au téléphone, de temps en temps, sa vitalité, présente le même temps de survie que le nerf qui reçoit des excitations continues. D'après W. lorsque la vitalité commence à s'affaiblir, on ne constate aucune reprise si on laisse le nerf se reposer. Tous ces faits montrent bien l'infatigabilité des conducteurs nerveux.

Influence de la fatigue sur la digestion stomacale, par SALVIOLE
(Arch. ital. de Biol., 1892).

Les recherches ont été faites sur des chiens pourvus de fistule gastrique; S. a déterminé chez eux la fatigue en les maintenant pendant cinq heures parfois dans un treuil à tambour.

La fatigue a eu pour effet de diminuer considérablement la sécrétion, l'acidité du suc gastrique et la quantité totale de chlorures qu'il contient. Son action sur l'albumine était moins marquée, son pouvoir digestif était affaibli. La fatigue ralentissait donc le fonctionnement de l'estomac; ce trouble fut passager; après un repos de deux heures le suc gastrique reprit ses caractères normaux.

L'observation journalière a montré depuis longtemps qu'une faible dose de mouvement a des effets à peine appréciables sur la digestion; on ne voit survenir des troubles de sécrétion qu'après une fatigue excessive.

Les aliments digérés ne quittent pas plus rapidement l'estomac des animaux en mouvement que celui des animaux en repos; ce que l'auteur explique par une activité plus grande des mouvements stomacaux chez ces derniers.

J. D. B.

De l'ivresse mécanique, par FÉRÉ (Soc. de biologie, 1892).

F. désigne sous ce nom les périodes d'agitation ou d'excitation qui succèdent quelquefois aux exercices musculaires violents chez les névropathes. Les phénomènes qui caractérisent ces périodes d'excitation seraient, en effet, tout à fait comparables à ceux de l'ivresse bachique ou émotionnelle : de là le nom d'ivresse mécanique que F. veut leur donner. Il a observé ces crises d'ivresse chez plusieurs hystériques, épileptiques et neurasthéniques; il les a même constatées chez un sujet qui depuis est mort paralytique général.

Contribution à l'étude des pulsations cérébrales, par A. TIETZE (Centralbl. f. allg. Path. und path. Anat., 1892).

Sous la direction de Hürthle, T. a recueilli le tracé des pulsations du cerveau, chez un enfant de 7 ans, présentant une perte de substance assez considérable de la boîte crânienne, au niveau du front.

Contrairement à Masso et d'autres, il s'est servi exclusivement d'eau pour la transmission des mouvements au kymographe. En prenant en même temps le tracé de la carotide, il s'est assuré que les pulsations du cerveau présentent le caractère des pulsations artérielles, ce qu'il a vu se confirmer en déterminant le temps des unes et des autres, tandis que Masso et d'autres attribuent les battements du cerveau aux variations respiratoires de la réplétion des artères et des veines, l'auteur les considère comme le résultat de la transmission du pouls carotidien.

Comme Masso, il a constaté que le travail intellectuel détermine une augmentation de l'afflux du sang au cerveau.

X. F.

Recherches sur le mode de production des contractures dans le tétanos, par AUTOKRATOW (Arch. de méd. exp. et d'an. path., 1892).

Les expériences ont porté sur des cobayes, des chats et des lapins auxquels on injectait, sous la peau, quelques gouttes de culture pure du bacille tétanique.

On sait que, chez les animaux ainsi inoculés, après une période d'incubation de durée variable suivant l'espèce animale et la dose de

culture employée, on voit apparaître des contractures qui, dans la première période, ont un caractère strictement local. Ces contractures surviennent tout d'abord dans les muscles qui sont le plus rapprochés du point inoculé.

Dans ses expériences, Autokratow a trouvé que les contractures locales de la première période, provoquées par l'inoculation de culture du bacille de Nicolaïer dans le *membre postérieur*, disparaissent si l'on sectionne soit la moelle épinière dans la région du *renflement lombaire*, soit les racines sensibles seules de ce renflement, soit, en même temps, les racines sensibles et motrices de la même région médullaire, soit, enfin, les nerfs périphériques du membre postérieur. Les contractures n'apparaissent pas dans le membre postérieur après l'inoculation dans ce membre de culture pure du tétanos, lorsque la moelle épinière a été préalablement détruite dans son renflement lombaire. Les injections sous-cutanées d'une solution de cocaïne produisent un affaiblissement momentané des contractures locales.

De ces faits, A. conclut que les contractures du tétanos sont d'origine réflexe et ont pour point de départ l'irritation des nerfs sensibles périphériques. Cette irritation périphérique, en faveur de laquelle milite aussi la sensibilité exagérée à la pression que l'on constate dans le membre au moment de l'apparition des contractures locales, se transmettrait, à l'aide des racines postérieures, aux cellules motrices de la région correspondante de la moelle épinière (du renflement lombaire lorsque l'inoculation a été faite dans le membre postérieur), puis, par les voies motrices, à un groupe musculaire défini, correspondant au lieu d'inoculation, dans lequel elle ferait apparaître la contracture.

L'irritation périphérique produite par le poison tétanique porte-t-elle sur les nerfs sensitifs cutanés ou sur les nerfs sensibles des muscles? Cette question reste pendante.

J. M.

Physiologie pathologique du tétanos, par COURMONT et DOYON
(2^e Congrès de physiologie tenu à Liège, en 1892).

Vaillard et Vincent admettent que le poison tétanique agit à la fois sur la fibre musculaire et sur le système nerveux.

Il a paru à C. et D. qu'il était très difficile de résoudre cette question sur le lapin et le cobaye. Chez ces animaux, l'évolution de la maladie est trop rapide, surtout sur le cobaye. Ils ont réussi à inoculer le tétanos à la grenouille, chez qui les éléments anatomiques sont plus résistants. Il est dès lors plus facile de faire de l'analyse physiologique.

Dans leurs expériences ils ont pu se convaincre que le poison tétanique n'est pas un poison musculaire. Sur le lapin et le cobaye tétanisés, on voit, après l'empoisonnement par le curare, subsister encore de la raideur de certains muscles. Chez la grenouille, les membres deviennent absolument flasques. Le poison tétanique n'est donc pas un poison musculaire, démonstration qu'il était impossible de faire sur le lapin ou le cobaye.

Ils ont achevé leur démonstration par un autre procédé. Ils ont isolé certains muscles du système nerveux central par des sections. Ils ont énérvé complètement la patte postérieure d'un lapin et enlevé la moelle lombaire sur le lapin et le cobaye. Si l'opération est complète, les pattes ainsi privées de leurs connexions nerveuses avec la moelle sont à l'abri d'un tétanos même généralisé. Mais rien n'est moins certain que la réussite de ces opérations. Souvent elles sont incomplètes; aussi les résultats sont-ils incertains.

L'expérience suivante, souvent répétée sur la grenouille, est au contraire significative : on sectionne les racines qui innervent d'un côté la patte postérieure d'une grenouille, puis on inocule une goutte de culture en un point quelconque. Au bout de 6 à 7 jours, la grenouille prend le tétanos. Seule la patte énérvée reste toujours flasque. L'animal peut vivre ainsi plusieurs semaines.

En résumé, le poison tétanique n'est pas un poison musculaire. Les expériences faites sur le chien et le cobaye ne pouvant conduire à cette conclusion, C. et D. ont réussi à inoculer le tétanos à la grenouille et ils ont démontré sur cet animal que le poison tétanique ne s'adresse pas au muscle, mais au système nerveux.

La question n'est pas entièrement résolue. C. et D. vont rechercher quelle peut être la part du système sensitif dans les manifestations morbides du tétanos.

Quelques recherches sur le sang des aliénés, par KRYPIAKIEWICZ
(*Neurol. Centralbl.*, 1892).

Neusser a démontré que la quantité d'éléments cellulaires éosinophiles du sang augmentait considérablement dans certaines formes de troubles psychiques (folies puerpérales, hystérie).

K. ayant repris ces recherches a constaté les résultats suivants :

Dans le délire systématisé aigu — chez une femme devenue malade au moment de la menstruation, se rencontrait une augmentation considérable (de 12 à 15 %) de ces éléments. Même observation chez un jeune homme (augmentation de 8 à 10 %) dont le délire avait un caractère sexuel.

Rien dans le délire primaire, dans la paralysie progressive, ni dans les périodes secondaires des affections mentales.

L'auteur n'a pas encore étudié la manie ni la mélancolie. Il ne peut tirer de conclusion du petit nombre d'observations qu'il a faites. Il croit avoir remarqué une augmentation notable du nombre des globules blancs du sang.

Souvent on observe chez les aliénés à un degré parfois très prononcé de l'oligocytémie et de l'oligochromémie en même temps que de la micro- et de la poïcilocythose, au point qu'on pourrait croire parfois à l'existence d'une anémie pernicieuse. Dans la démence secondaire le degré d'anémie serait, d'après K., dans un rapport constant avec l'intensité du processus aigu primitif, avec son degré d'acuité, à tel point que l'on pourrait considérer l'intensité des troubles hématiques comme une mesure du travail nerveux pathologique.

J. D. B.

Les cylindres hyalins dans l'urine des aliénés, par VASSALE et CHIAZZI (*Rev. sperim. di fren.*, 1892).

Les cylindres hyalins sont très fréquents dans l'urine des différents aliénés. Leur nombre augmente dans l'excitation, diminue ou disparaît quand l'excitation cesse. — Ces cylindres ne sont pas caractéristiques de la néphrite. Souvent il faut voir un symptôme d'aggravation de la psychose dans ce fait que les cylindres hyalins granulés viennent remplacer les cylindres hyalins du début. V. et Ch. croient que ces cylindres viennent du sang modifié par l'agent toxique de la psychose.

J. M.

Recherches sur la circulation cérébrale pendant le travail intellectuel, après administration de poisons cérébraux, par DE SARLO et BERNARDINI (*Riv. sper. di Fren.*, 1892).

Tous les modes d'excitation psychique qu'ils soient de nature dépressive ou expansive, qu'ils provoquent un sentiment de bonheur ou de malheur, ont les mêmes effets sur la circulation cérébrale : ils augmentent le volume du cerveau en exagérant les battements dans leur totalité et dans leur caractère anacrote. L'hypothèse de Lange est fautive; la douleur ne se distingue pas de la joie en ce que la première détermine un spasme des vaisseaux cérébraux, la seconde leur dilatation.

Les auteurs divisent les agents nervins à l'aide desquels ils ont expérimenté en agents : 1° ischémiant : le café, le thé, le maté, le guarana; 2° toniques : l'alcool, le chloral, le haschisch, l'atropine, la duboisine, le datura stramonium, etc.; 3° hypotoniques : le coca, le chloroforme; 4° hyperémiques : l'opium, le tabac, le camphre, le nitrite d'amyle.

D'après la théorie de Lange, les agents du premier groupe devraient déterminer de la dépression intellectuelle, du malaise psychique; on sait qu'ils ont une action absolument contraire. Il en est de même pour certains agents du deuxième groupe. Il en résulte que l'excitation cérébrale ne s'accompagne pas de variations circulatoires qu'elle soit produite par un agent médicamenteux ou d'une autre manière.

Les auteurs admettent la vraisemblance de la théorie suivante : Si les phénomènes psychiques que l'on observe après l'administration de produits chimiques ne dépendent pas des troubles circulatoires que ceux-ci provoquent mais bien de l'intoxication par l'agent chimique lui-même, pourquoi ne rapporterait-on pas à des modes spéciaux d'intoxication le grand nombre de formes d'aliénation mentale que l'on attribue aujourd'hui à l'anémie ou à l'hyperémie cérébrale.

J. D. B.

Recherches sur la circulation cérébrale pendant l'activité psychique, par DE SARLO et BERNARDINI (*Riv. sperim. di Fren.*, 1892).

Un paysan, âgé de 22 ans, ayant souffert d'un traumatisme de la tête, avait conservé après la fermeture de la plaie une disparition d'un morceau d'un os crânien de forme triangulaire. Les côtés de ce triangle, à peu près égaux, mesuraient 2,5 centimètres. Le côté postérieur correspondait environ au sillon de Rolando; le côté interne était parallèle à la suture sagittale et en était distant d'environ un demi centimètre.

A 50 ans, ce paysan, devenu épileptique et hémiplegique depuis sa blessure, fut admis dans un asile d'aliénés. Ses accès étaient fréquents et très souvent accompagnés d'hallucinations.

Les auteurs ont fait des expériences sphymographiques sur la partie cérébrale dénudée; ils en ont fait également sur les artères périphériques au moment où le psyché du malade était excité partiellement par la production de sensations (joie, crainte, frayeur, angoisse, colère, saisissement, etc.). Ils ont constaté que les fonctions psychiques de nature réflexe produisent des modifications vasculaires. Ces modifications étaient constantes dans les organes nerveux centraux sous forme d'une dilatation vasculaire. Ces modifications vasculaires périphériques, au contraire, n'étaient pas constantes, de telle sorte que dans les cas semblables il y avait des différences notables et que dans les cas différents il y avait souvent des réactions similaires. En tout cas l'activité psychique est surtout appréciable sur les nerfs vaso-constricteurs aux premiers moments; ceci

n'exclut pas toutefois que, souvent et dans les conditions les plus diverses, il ne se produise tantôt presque aucune modification vasculaire, tantôt une dilatation. Conséquemment on ne peut conclure à un antagonisme absolu entre la circulation cérébrale et la circulation périphérique. De plus, il n'est pas permis de conclure de l'état de la circulation cérébrale à celui de la circulation périphérique.

J. M.

Recherches sur la circulation cérébrale pendant l'hypnose, par

DE SARLO et BERNARDINI (*Rev. sperin. di Fren.*, 1892).

Un épileptique, âgé de 40 ans, s'était fait une ouverture dans la voûte crânienne par suite d'une chute. Les auteurs l'ont hypnotisé. Le malade, d'après qu'on lui tenait les yeux fermés ou ouverts pendant l'hypnose, se trouvait dans un état léthargique ou cataleptique. L'état somnambulique n'a pu être obtenu. Le malade avait connaissance de tout ce qui se passait pendant l'hypnose. Pendant cet état, les auteurs ont fait quelques expériences sphymographiques sur la partie dénudée du cerveau et ont obtenu les résultats suivants :

La circulation cérébrale varie d'après l'état hypnotique; il y a hyperémie dans le stade léthargique, anémie dans le stade cataleptique. Pendant l'hypnose il n'y a, très probablement, aucun antagonisme entre la circulation cérébrale et la circulation périphérique. Pendant l'état hypnotique on observe une plus grande fréquence du pouls et une disparition presque complète des irrégularités respiratoires; l'activité psychique régularise la réaction vasculaire comme dans l'état normal, seulement elle est moins sensible en raison de la constriction vasculaire existante. Quant à l'influence de l'hypnotisme, les auteurs se rangent de l'avis de Tamburini qui admet que l'hypnotisme ne rend que fugace la manifestation de l'hyperexcitabilité réflexe qui existait primitivement chez l'individu à l'état latent.

J. M.

Comment l'appareil de la vision réagit-il à l'électricité? par

A. HOCHÉ (*Arch. für Psych.*, 1892).

L'auteur a étudié les effets de l'électricité sur l'œil sain; l'appareil employé est constitué par des électrodes faits d'éponges en forme de cloche, de 10 cm. carrés de section que l'on place sur les yeux fermés et d'autre part par des électrodes indifférents ordinaires de grande étendue que le sujet tient dans la main ou se place sur le sternum.

Le courant minimum nécessaire pour déterminer une sensation

lumineuse varie de 1/50 à 1/5 de milliampère; en général, il oscille de 1/20 à 1/10 de milliampère; les chiffres les plus bas sont donnés par les individus nerveux.

La sensibilité à l'électricité n'est pas parallèle à la visibilité électrique; elle est souvent plus marquée dans l'œil dont le sujet fait l'emploi le plus fréquent par suite d'anomalies de la réfraction, par exemple.

La première sensation de lumière apparaît non à la fermeture de la cathode, mais à la fermeture de l'anode; l'ouverture de l'anode a l'action la plus faible; l'ouverture et la fermeture de la cathode ont des effets d'intensité moyenne.

J. D. B.

Des rapports de la cécité bilatérale avec les lésions des lobes occipitaux, par SEPPILLI (*Riv. sper. di Fren.*, 1892).

La clinique et le laboratoire ont démontré qu'en laissant la sphère visuelle dans un des hémisphères (pli courbe et lobe occipital), on déterminait de l'hémiopie homonyme, c'est-à-dire l'abolition de la vision dans la moitié des deux rétines correspondantes au côté lésé.

Il semblerait qu'on puisse en conclure, *a priori*, que la lésion des deux sphères visuelles hémisphériques déterminerait une cécité complète; cependant l'hémiopie double est aussi rare que l'hémiopie simple est fréquente. Aussi l'auteur a-t-il cru intéressant de relever les quelques observations connues d'hémiopie double en y joignant trois observations nouvelles personnelles. Dans le premier de ces cas, une cécité bilatérale absolue a été le seul symptôme permanent; il n'existait aucune autre altération de la sensibilité ou de la motilité; l'examen ophtalmoscopique ne fit constater aucun trouble du fond de l'œil. A l'autopsie, on trouva altérés les deux lobes occipitaux; la substance blanche de ces lobes était entièrement détruite. Aucune autre lésion encéphalique ne put être déterminée; le fond de l'œil était normal.

Dans le second cas, il y avait, outre la cécité bilatérale, de la surdité verbale et de l'aphasie motrice; les lésions trouvées à l'autopsie en donnèrent l'explication la plus complète.

Le troisième malade était atteint d'aphasie motrice, de surdité verbale, de cécité bilatérale et d'hémiplégie à gauche. Comme dans l'observation précédente, des lésions concordantes existaient dans l'encéphale.

Dans une communication faite 1887 au Congrès de médecine de Wiesbaden, Nothnagel a donné des renseignements intéressants sur la localisation clinique des affections oculaires centrales. Il considérait le coin et la première circonvolution occipitale comme le

centre de la perception visuelle, les autres portions du lobe occipital comme le centre de la mémoire visuelle. En conséquence, 1° toute lésion unilatérale ou bilatérale du coin et de la première circonvolution occipitale, doit déterminer de l'hémianopsie ou une cécité absolue bilatérale, et 2° toute lésion unilatérale ou bilatérale de la portion restante de l'écorce doit déterminer de la cécité psychique.

Les observations recueillies par Seppilli ne contredisent pas l'opinion de Nothnagel, à condition d'admettre, ce qui paraît indiscutable, que la lésion des faisceaux blancs des deux lobes occipitaux peut donner lieu à de la cécité bilatérale.

À la fin de son travail, l'auteur relate divers cas d'hémianopsie double, considérés comme ayant une origine centrale, mais dont l'autopsie n'a pu être faite.

De tous les renseignements recueillis, Seppilli conclut :

1° La cécité bilatérale peut être la conséquence d'une affection des deux lobes occipitaux ;

2° Il faudra rapporter à une lésion bilatérale de la région occipitale toute abolition complète de la vision lorsqu'elle se déclare brusquement après une attaque d'apoplexie et qu'il n'existe pas d'autres symptômes, pas même de troubles du réflexe pupillaire, ni de lésions du fond de l'œil ;

3° La cécité due à la lésion des deux lobes occipitaux ou bien se produit brusquement, absolue et complète dans tout le champ visuel des deux yeux, ou bien se produit en deux temps : dans une première attaque se déclare de l'hémiopie homonyme d'un côté, dans une seconde la cécité devient complète par hémianopsie homonyme de l'autre côté.

J. D. B.

--

Diplopie monoculaire dans un cas de tubercule des pédoncules cérébraux, par BOUVERET et CHAPOTOT (*Rev. de Méd.*, 1892).

La malade, âgée de 22 ans, ne présente comme antécédents *aucun symptôme d'hystérie*. Deux mois avant son admission, elle fut prise d'hémiplégie et d'ophtalmoplégie gauche. À l'hôpital, on constata chez elle une névrite optique commençante double et une diplopie monoculaire gauche qui a pu être observée pendant près de trois semaines et qui a disparu ensuite pendant que les autres troubles nerveux s'aggravaient et que l'intelligence s'obscurcissait de plus en plus.

La malade succomba. L'autopsie démontra l'existence de foyers tuberculeux aux sommets des deux poumons et dans l'encéphale. On trouva une petite masse caséuse dans l'hémisphère gauche, au

niveau du pied de la deuxième circonvolution frontale, et deux autres masses plus volumineuses (du volume d'une noisette) dans les pédoncules cérébraux. L'une de ces dernières occupait le pédoncule droit; elle faisait saillie vers la corne occipitale du ventricule latéral, s'avancait jusque sous l'aqueduc de Sylvius où elle avait détruit la substance grise, mais dépassait à peine le bord supérieur de la protubérance. L'autre masse caséuse occupait la région médiane et postérieure de la surface de section des pédoncules, s'étendant un peu dans le pédoncule cérébral gauche.

La diplopie monoculaire ne peut être attribuée ici ni à l'hystérie, ni à la névrite optique (puisque celle-ci était double, tandis que la diplopie n'a existé que dans l'œil gauche). Elle procède de la tumeur des pédoncules cérébraux, qui avait particulièrement intéressé le centre d'accommodation de l'œil gauche (situé à l'extrémité supérieure de la colonne grise formée par la superposition des noyaux secondaires de la troisième paire le long de l'aqueduc de Sylvius).

B. conclut, outre la diplopie monoculaire d'origine hystérique attribuée à un état spasmodique du muscle de l'accommodation, encore à une diplopie monoculaire d'origine nucléaire pouvant être engendrée par une lésion organique du cerveau intéressant le centre de l'accommodation.

*Un cas d'acromégalie avec hémianopsie bitemporale, par BOLTZ
(Deutsche med. Wochenschr., 1892).*

L'intérêt de l'observation consiste dans l'existence d'une hémianopsie bitemporale, symptôme non encore décrit dans l'acromégalie.

Un homme de 41 ans, présentait une augmentation de volume plus ou moins considérable de plusieurs parties du corps (face, maxillaire inférieur, langue, clavicule, épiglote et aryténoïdes, épicondyles, mains, surtout des pouces et des médius (les ongles étaient larges, en partis aplatis, en partie incurvés), tibias, pieds et gros orteils). La peau était très pâle et sèche, les muscles flasques et atrophies. On ne constatait aucune trace de corps thyroïde. A la pointe du cœur, il existait un léger souffle systolique. L'urine présentait la réaction de l'hydrobilirubine.

Le malade n'accusait aucun trouble de l'intelligence; cependant il ne répondait que lentement aux questions et se trouvait dans un état de dépression psychique considérable. Autrefois il avait eu une voix de ténor, mais il parlait maintenant d'une voix de basse profonde. Depuis sept ans, il était atteint d'impuissance sexuelle.

La vue est affaiblie; il ne distingue pas les gros caractères même de près et présente du nystagmus rotatoire avec atrophie bilatérale

des papilles des nerfs optiques, et perte complète de la perception visuelle dans les deux moitiés temporales du champ visuel.

Pour expliquer cette hémianopsie bitemporale, B. admet une lésion des fibres internes du nerf optique entrecroisées au niveau du chiasma (lésion qui pourrait être produite par une hypertrophie de la partie antérieure de la pituitaire?) avec intégrité des fibres externes non entrecroisées.

J. M.

Fatigue du champ visuel, ses rapports avec le rétrécissement concentrique du champ visuel dans les affections du système nerveux central, par KÖNIG (Soc. de psych. et de neurol. de Berlin, 1892).

Il arrive qu'en recherchant au périmètre l'étendue du champ visuel, on voit diminuer régulièrement la valeur des rayons que l'on examine successivement; on observe ce phénomène qu'il y ait ou non rétrécissement concentrique du champ visuel; l'auteur lui donne le nom de *Gesichtsfeldermüdung* (fatigue du champ visuel).

Il fut décrit en 1865 par v. Graefe sous le nom d'anesthésie rétinienne; Schweiggin l'appela amblyopie du champ visuel, Steffan hyperesthésie de la rétine, Pflüger anesthésie optique, Béard-Wilbrand asthénopie nerveuse. L'auteur préfère cette dernière dénomination parce que la fatigue du champ visuel peut survenir dans toutes les affections nerveuses.

L'asthénopie nerveuse est d'après Wilbrand l'expression locale d'un état général; elle consiste en une hyperesthésie et une hyperexcitabilité de l'ensemble des éléments nerveux de l'appareil optique.

Elle présente comme symptômes principaux : fatigue du champ visuel, accompagnée ou non de rétrécissement de ce champ; troubles de l'accommodation et du fonctionnement des muscles de l'œil; affaiblissement du pouvoir visuel des parties centrales de l'œil; photopsie, hallucinations visuelles, blépharospasme; le malade voit des étincelles, des brouillards.

Förster démontra en 1877 que dans le cas d'anesthésie rétinienne l'examen périmétrique donne des résultats différents suivant qu'on y procède en parcourant des rayons du périmètre du centre à la périphérie ou de la périphérie vers le centre; le champ visuel est plus étendu dans le second cas; qu'on observe un phénomène analogue lorsqu'on examine la vision d'une autre manière. Si l'on promène l'objet que doit voir le malade successivement sur tous les méridiens en partant chaque fois de la région temporale pour aboutir à la région nasale en transversant tout le champ visuel, on obtient d'autres résultats que si l'on part de la région nasale pour aller à la

région temporale. Dans le premier cas le champ visuel est anormalement rétréci du côté nasal davantage que du côté temporal; dans le second cas l'inverse se produit. Le procédé employé pour rechercher l'existence de ce symptôme demande beaucoup de temps; Wilbrand a réussi à simplifier le procédé de Förster. Il n'examine que le méridien horizontal : il promène l'objet qui sert de signal du côté temporal au côté nasal en passant par le centre; il marque 0 au point temporal où le malade aperçoit l'objet, 1 au point nasal où le malade cesse de le voir. Arrivé en 1 il retourne sans s'arrêter vers le point 0. Si le signal ne cesse pas d'être vu avant d'arriver à ce point 0 on peut affirmer qu'il n'y a pas d'asthénie du champ visuel. S'il en existe le signal disparaît avant d'arriver en 0, puis avant d'arriver en 1 et ainsi de suite.

En général, au bout d'un certain nombre d'essais, on arrive à déterminer une zone où le signal ne disparaît plus; Wilbrand lui donne le nom de champ visuel minimum.

On observe les mêmes phénomènes pour la vision des couleurs :

Il existe des cas où l'étendue du champ visuel est minima au début de l'examen de l'œil, où la fatigue est donc maxima au début et se dissipe par l'exercice; d'autres où le côté temporal de la rétine se fatigue plus rapidement que le côté nasal; d'autres encore où le côté temporal seul se fatigue.

J. D. B.

Systèmes de fibres du plancher du 3^e ventricule, par DARKCHEVITCH et PRIBITNOF (*Wratch*, 1891).

Les auteurs ont reconnu les quatre systèmes de fibres suivants :

1° Le croisement des fibres optiques; 2° La commissure dite de Gudden; 3° La commissure dite de Meynert, et 4° Un système particulier décrit par Forel et appelé par Darkchevitch, l'entrecroisement de Forel.

D. et P. ont fait des recherches comparatives sur un cerveau de nouveau-né avec anophtalmie bilatérale congénitale, sur un cerveau normal d'un chat et sur celui d'un chat avec dégénérescence de différentes parties du cerveau; ils en tirent les conclusions suivantes.

L'entrecroisement dit de Forel se fait au dépens des fibres de la couche optique situées immédiatement en avant du noyau rouge.

Ces fibres passent entre le faisceau de Vicq d'Azyr et le corps calleux, se dirigent sur le plancher du troisième ventricule, s'y croisent avec les mêmes fibres venant du côté opposé, longent la surface ventrale du pédoncule cérébral et vont au noyau lenticulaire qu'ils abordent à sa surface basale.

La commissure dite de Meynert est composée de deux systèmes

de fibres : a) de fibres du nœud médian allant au noyau de Luys avec le noyau lenticulaire du côté opposé et b) de fibres réunissant le noyau de Luys avec le noyau lenticulaire du côté opposé. La commissure de Meynert n'est donc pas une commissure proprement dite; elle est composée de deux systèmes de fibres d'origine complètement différente.

La commissure de Gudden est composée de fibres qui naissent dans le corps genouillé interne, suivant la face dorsale de la bandelette optique en lui adhérant fermement, se croisent avec les fibres venant du côté opposé sous le plancher du deuxième ventricule, atteignent l'hémisphère opposée et entrent dans le noyau lenticulaire à sa face basale avec les fibres de la commissure de Meynert.

J. D. B.

Ganglions nerveux de formation pathologique dans le névrome plexiforme, par ARNOZAN (Ass. franç. p. l'av. des Sc., 1892).

Les cordons nerveux *myéliniques* et *amyéliniques* du névrome plexiforme ont été bien étudiés; mais, outre ces cordons, il existe dans les tumeurs de ce genre, au moins dans la variété appelée *pachy-dermatocèle*, des ganglions de formation pathologique.

Ces ganglions ont été constatés dans deux cas : le premier est relatif à une femme porteuse de volumineuses tumeurs implantées à la base du cou et dont le poids avait déterminé l'usure et la luxation des vertèbres cervicales supérieures. Ces déplacements osseux avaient entraîné une compression unilatérale de la partie supérieure de la moelle avec les symptômes de cette lésion.

La malade mourut d'une septicémie consécutive à un phlegmon gangréneux d'une de ses tumeurs. A l'autopsie, on trouva à la base d'implantation de celle-ci, aux points d'entrecroisement des nerfs, de petites masses dures, résistantes, à enveloppe fibreuse, du volume d'un gros pois ou d'une olive.

Dans un second cas, des nodosités semblables, mobiles, purent être senties par la palpation à travers l'épaisseur d'une tumeur d'aspect molluscoïde, implantée à la région occipitale d'une jeune fille de quinze ans. Cette constatation fit porter le diagnostic de névrome plexiforme. La tumeur enlevée était en effet de cette nature.

La structure de ces nodosités est la suivante : enveloppe conjonctive, stroma fibreux, cordons nerveux coupés en divers sens suivant la direction où ils traversent la nodosité, enfin grandes cellules qui ont tous les caractères des grandes cellules nerveuses et qui sont encapsulées une à une dans de petites loges conjonctives, revêtues à leur face interne d'une couche endothéliale. Ainsi constituées, ces

nodosités ont réellement la structure des ganglions rachidiens intervertébraux. La seule différence qui les en distingue, c'est leur volume plus considérable et la présence dans leur épaisseur de vaisseaux à structure embryonnaire. Ces ganglions pathologiques réalisent à un haut degré la simulation d'un organe normal; elles méritent mieux que tout autre le nom d'*organoides* donné par Virchow à certaines tumeurs et demandent ainsi une place à part dans l'histoire générale des néoplasmes.

Des lésions cérébrales en foyer, par BIANCHI (5^e Congrès de la Soc. de méd. ital., 1892).

Laissant de côté les centres moteurs relativement bien connus, B. ne s'occupe que des zones sensibles et sensorielles qui constituent une question très controversée.

Il ne partage pas l'opinion de Munk, d'après laquelle les différents secteurs de la rétine seraient en rapport chacun avec une partie déterminée de la zone visuelle occipitale; cette opinion n'est pas confirmée par la clinique. Il n'admet pas non plus la localisation du centre de l'olfaction dans la circonvolution de l'hippocampe (Munk), une vivisection lui ayant donné à ce sujet des résultats absolument négatifs. Voici les conclusions de B :

1° Les seuls troubles fonctionnels qui peuvent indiquer avec une précision relative la région corticale lésée sont ceux du mouvement, de la vue et de l'ouïe;

2° Les deux circonvolutions rolandiques représentent indubitablement la zone corticale motrice de la moitié opposée du corps par rapport aux divers groupes musculaires de la tête, de la face, du tronc et des membres;

3° Le centre cortical de la vision chez l'homme comme chez les animaux a une grande étendue; il occupe, chez l'homme, la totalité du lobe occipital et le lobe pariétal inférieur (prouvé par l'autopsie d'un homme aveugle depuis trente ans, chez lequel toutes ces parties du cerveau étaient atrophiées);

4° Une lésion d'une partie quelconque de cette région visuelle si étendue produit l'hémianopsie bilatérale homonyme ou bien, ce qui est plus rare, le rétrécissement du champ visuel et la cécité d'un segment de celui-ci. Ces faits ne fournissent d'ailleurs aucune indication spéciale sur le siège de la lésion dans l'un ou l'autre point de la zone visuelle;

5° La cécité pour les objets et l'aphasie optique indiquent avec plus de précision le siège de la lésion. L'existence de la cécité pour

les objets doit faire admettre une lésion bilatérale dans les portions de la zone visuelle dont la fonction est plus active (partie antérieure du lobe occipital et partie postérieure du *gyrus angularis*), tandis que l'aphasie optique indique une lésion occupant la partie antérieure du *gyrus angularis* et surtout celle qui se continue avec la première circonvolution temporale;

6° L'anosmie et l'ageustie n'indiquent à elles seules aucun siège précis de la lésion; elles permettent tout au plus de soupçonner une lésion de la circonvolution de l'hippocampe ou de la partie antérieure du *gyrus fornicatus*;

7° Les troubles de la sensibilité générale (tactile et douloureuse) ne fournissent à eux seuls aucun renseignement pour le diagnostic du siège d'une lésion en foyer corticale ou sous-corticale; lorsque ces troubles sont associés à des paralysies motrices, ils n'ajoutent rien non plus aux données fournies au diagnostic par ces paralysies;

8° La destruction chez le singe des lobes frontaux au delà de la ligne qui sépare la zone excitable des autres parties du cerveau, ne produit aucun trouble permanent, à l'exception de troubles visuels qui sont plus lents à disparaître. Par contre, cette destruction produit des troubles psychiques profonds qui sont : l'incohérence des mouvements; le défaut de curiosité avec indifférence; le défaut de l'affectivité et de la sociabilité à l'égard des autres singes; l'affaiblissement de l'instinct sexuel; l'augmentation de l'émotivité et du sentiment de crainte avec impulsivité; le défaut de critique et de réflexion.

Contribution à l'étude des localisations cérébrales, par BORGHERINI (5^e Congr. de la Soc. de méd. ital., 1892).

L'atrophie musculaire précoce survenant dans un membre paralysé est considérée comme un signe de lésion cérébrale en foyer. Autrefois les auteurs étaient d'accord pour faire dépendre ce symptôme d'une lésion de la zone motrice corticale. B. a pu observer plusieurs cas d'atrophie précoce due à une lésion en foyer *sous-corticale*.

Le symptôme dont il s'agit n'a donc pas la signification pathognomonique qu'on lui a attribuée. Cependant, il indique toujours une lésion intéressant une région cérébrale à la fois motrice et sensitive, comme le sont la zone corticale, les régions optique et sous-optique.

L'atrophie musculaire précoce est parfois accompagnée d'une atrophie de la peau et de troubles trophiques dans tous les tissus des parties paralysées (production facile d'abcès à la suite d'injections hypodermiques).

Les paralysies d'origine corticale ne sont pas toujours accompa-

gnées de troubles de la sensibilité générale. Dans un cas d'hémorragie cérébrale avec élévation considérable de la température (40°3) et accès épileptiques dans lequel B. avait supposé une lésion grave des centres thermiques cérébraux, il a trouvé, à l'autopsie, qu'il s'agissait d'une hémorragie du lobe occipital, ayant détruit toute la substance blanche en laissant intacte l'écorce cérébrale, le bulbe et les ganglions sous-corticaux.

Tous ces faits montrent que les résultats fournis par la pathologie expérimentale sont loin de suffire aux besoins de la clinique et n'assurent pas un diagnostic exact du siège des lésions cérébrales.

Hématome de la dure-mère cérébrale, par FLINT (*Centralbl. f. allg. Path. und path. Anat.* 1892).

Le malade entra à l'hôpital trois ans avant sa mort. Il avait l'allure d'un dément, parlait d'une façon décousue, était fort malpropre et avait de la tendance à se salir avec ses matières fécales.

L'anamnèse ne fournissait aucun renseignement.

De la chorée du côté gauche qui existait déjà au moment de l'entrée, persista jusqu'à la mort. Un examen minutieux ne révéla qu'une atrophie modérée du côté atteint. Pendant la dernière année de sa vie, le malade ne parlait pour ainsi dire plus, apparemment par suite d'un trouble aphasique.

La mort se produisit avec des symptômes de paralysie à gauche. *Post-mortem*, on découvrit un hématome dural qui envahissait environ les deux tiers moyens de la convexité droite, c'est-à-dire qui s'étendait de la partie postérieure des circonvolutions frontales jusqu'à l'extrémité postérieure du lobe pariétal et de la scissure longitudinale jusqu'à la fosse sylvienne; un caillot sanguin se trouvait au niveau de l'incisure postérieure du cervelet et s'étendait jusqu'à la face postérieure de la moelle allongée.

L'écorce cérébrale en dessous de l'hématome avait une teinte jaunâtre, les circonvolutions paraissaient réduites de volume, anémisées, sans présenter pourtant d'altérations histologiques bien manifestes.

L'hématome était vraisemblablement de date ancienne et avait amené les symptômes indiqués, tandis que le caillot plus récent avait déterminé la mort.

X. F.

Un cas de paralysie cérébrale pseudobulbaire vraie, par MAX ANDERLYA (*Neur. Centralbl.*, 1892).

Un menuisier âgé de 52 ans, sans tare héréditaire, n'a jamais été malade avant ses 40 ans. A cette époque il fut pris de symptômes

divers, entre autres d'une paralysie de tout un côté du corps (le malade ne se souvient plus duquel), de troubles de la parole rapportés par le malade à la difficulté qu'il éprouvait à faire mouvoir sa langue. Ces symptômes disparurent rapidement et le malade put reprendre ses occupations.

Il y a trois ans il eut une nouvelle attaque : paralysie de la moitié droite du corps, troubles de la parole, difficultés de déglutition. Retour progressif à la santé sauf persistance d'une certaine faiblesse des membres inférieur et supérieur droits.

Le 14 mars 1891, troisième attaque suivie des mêmes symptômes. Admis à l'hôpital le 18 mars de la même année.

Status præsens. — Le malade au lit se couche sur le dos. Cyanose de la face; expression démente des traits. Pouls radial irrégulier, inégalement tendu. Pas de symptômes cardiaques, pulmonaires ou abdominaux. Le malade se plaint d'une grande faiblesse dans le côté droit du corps, de paralysie du côté gauche et de difficultés de la déglutition.

Perception nette. Les yeux effectuent tous les mouvements sauf vers la gauche. Dilatation égale des pupilles qui réagissent convenablement à la lumière. Fond de l'œil normal. Pas de paralysie faciale. Mouvements de la langue lents et incomplets. Voix nasillarde; troubles de l'articulation de la parole. Difficulté de déglutition très grande. Persistance parfaite de la sensibilité réflexe de la muqueuse du palais et de la gorge. Paralysie flasque des membres supérieur et inférieur gauches; affaiblissement de la motilité dans les membres droits. Persistance du réflexe rotulien, crémastérien et du réflexe du tendon d'Achille. Diminution de la sensibilité du côté droit seulement.

On observa ultérieurement des symptômes nouveaux; surtout le sommeil la nuit était interrompu par des accès de délire; parfois incohérence du langage, même pendant la journée. Le 21 mars, léger accès de dyspnée. La veille du décès respiration de Cheyne-Stokes et petitesse excessive du pouls. Mort le 26 mars.

Autopsie. — Ramollissement jaune du noyau lenticulaire, de la capsule interne et externe, du corps strié, du centre semi-ovale de Vieussens à droite; œdème de l'arachnoïde. Cicatrices et hyperostoses aux os frontaux. Dilatation du cœur; myocardite interstitielle et parenchymateuse; thrombus à la paroi du ventricule droit. Infarctus hémorragiques multiples aux reins et à la rate. Néphrite chronique interstitielle et parenchymateuse. Hyperémie et œdème pulmonaires. Broncho-pneumonie à foyers multiples au lobe inférieur du poumon droit. A un examen postérieur plus précis : foyer de ramollissement dans le noyau lenticulaire gauche; il était beau-

coup moins important que celui de droite qui s'étendait sur les segments externe et moyen de l'organe.

Rien de spécial à l'examen microscopique sauf un léger degré de dégénérescence du cordon pyramidal droit. J. D. B.

Altérations des noyaux d'origine des nerfs crâniens dans la démence paralytique, par AW TOKRATOW (*Neur. Centralbl.*, 1892).

Il résulte des recherches faites par A. dans quatre cas et des recherches faites par ses prédécesseurs que les altérations subies par les cellules nerveuses des noyaux d'origine des nerfs crâniens dans la démence paralytique, présentent la plus grande ressemblance avec les altérations qui se produisent dans d'autres parties de l'encéphale.

Les cellules présentent des degrés divers d'altération; on en retrouve à tous les stades de la lésion qui se termine par la destruction de la cellule. Leur noyau subit également des altérations bien définies : les contours deviennent indistincts, ordinairement ils paraissent augmentés de volume. Le nucléole est mal limité, ses contours sont irréguliers; il prend une forme étoilée ou triangulaire.

La cellule elle-même passe par trois stades, l'un de tuméfaction, le deuxième de dégénérescence pigmentaire, le troisième d'atrophie.

Tous les nerfs crâniens ne sont pas entrepris en même temps; les altérations sont plus précoces dans les noyaux d'origine de certains nerfs, le facial et l'hypoglosse, par exemple.

Plus la durée de la maladie est grande, plus les altérations sont accusées.

Les altérations cellulaires sont surtout accusées là où les altérations vasculaires sont le plus prononcées. J. D. B.

Caractères histologiques différentiels de la paralysie générale; classification histologique des paralysies générales, par KLIPPEL (*Arch. de méd. exp. et d'anat. path.*, 1892).

L'auteur a fait l'autopsie de cinquante paralytiques; il en déduit une classification de la paralysie générale basée sur l'anatomie, l'étiologie et la symptomatologie.

Il divise les cas de paralysie générale en trois groupes : le premier comprend la paralysie progressive vraie, classique; le second la forme fruste qui comprend les variétés où l'autopsie fait constater d'autres altérations cérébrales que les altérations classiques; le troisième comprend la pseudo-paralysie générale.

Lésions anatomo-pathologiques. — 1° Ici on rencontre les lésions classiques de la paralysie; 2° dans la forme fruste on trouve les mêmes altérations mais mêlées à d'autres, à des lésions syphilitiques, à de l'altération artérielle, à de la méningite tuberculeuse, à des lésions alcooliques ou traumatiques; 3° dans la pseudo-paralysie générale où bien on trouve les lésions précédentes unies à celles du tabes, ou bien toute altération manque; on a alors à faire à une névrose.

Étiologie. — 1^{re} et 2^e formes : hérédité, traumatisme, intoxication alcoolique, syphilis, diathèse urique et tuberculose. — 3^e forme : tabes et névroses.

Symptômes. — La paralysie générale vraie présente des symptômes classiques; il faut y ajouter dans la forme fruste, des idées de persécution, du délire religieux, les symptômes consécutifs aux lésions secondaires que l'on rencontre dans cette forme. La symptomatologie du 3^e groupe est assez complexe; elle présente ce caractère de réunir une série de signes qui simulent la paralysie progressive en ne provenant cependant que d'une tumeur, d'une méningite, d'un foyer de ramollissement; parfois même la démence sénile peut se présenter sous l'aspect de la paralysie générale.

J. D. B.

Anatomie pathologique de la paralysie générale, par LUYs
(Soc. médic. des hôpit., 1892).

La zone tout à fait extérieure des circonvolutions qui constitue en quelque sorte l'épithélium des parties plus profondes est profondément altérée dans la paralysie générale. Les vaisseaux de la substance grise et de la substance blanche sont diminués de calibre.

Des lésions de même ordre s'observent également, dès le début de la maladie dans le cervelet, la protubérance, la moelle allongée; les symptômes varient suivant les nerfs et les centres entrepris.

J. D. B.

Altérations des éléments nerveux dans le myxœdème, par WHETWELL (Brit. med. Journ., 1892).

Examen d'un cas unique de myxœdème : les cellules nerveuses réagissent anormalement en présence de couleurs d'aniline; leurs contours sont moins accusés; leurs prolongements moins nombreux, moins apparents; parfois ils n'existent plus; la pigmentation des cellules est normale; le noyau est attiré, gonflé, sphérique, rempli de vacuoles; elles sont souvent remplies d'une substance réfringente qui ne se colore ni par le noir d'aniline, ni par l'acide osmique. On

rencontre de ces vacuoles dans les cellules elles-mêmes; on en trouve de dimensions variables. Parfois il y a atrophie de la cellule, le noyau seule persiste, déformé et vacuolisé; cette altération était tout particulièrement marquée aux zones 3 et 4 de la région motrice corticale.

J. D. B.

Myxœdème congénital traité par des injections hypodermiques de suc thyroïdien et par la greffe des corps thyroïdes, par ROBIN (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1892).

Enfant de 7 ans; sans tare héréditaire; père et mère bien portants: deux sœurs très bien développées et très intelligentes.

L'accouchement n'aurait eu lieu, au dire de la mère, que dans le cours du dixième et même du onzième mois; enfant énorme, du poids de 14 livres, infiltré, bouffi, lèvres pendantes, grosses.

Cet état de bouffissure ne fit qu'augmenter; développement physique et psychique presque nul.

A 5 ans, rougeole; à 6 $\frac{1}{4}$ ans, coqueluche.

Status præsens: petitesse de la taille; ressemble à un enfant de 3 ou 4 ans; symptômes caractéristiques du myxœdème, persistance des fontanelles, masses pseudo-lipomateuses sous les aisselles et dans les creux sous-claviculaires. L'enfant n'a jamais marché spontanément; mouvements lents, hésitants, maladroits, aphasia complète.

Troubles de la déglutition, incoordination entre les mouvements de la langue et du palais; pour avaler, le malade est obligé de relever la tête à la manière des poules, le bol alimentaire tombe dans le pharynx, sollicité seulement par son propre poids. Urines normales.

Amélioration considérable à la suite d'injections du suc thyroïdien; mouvements plus rapides, visage animé, regard vivant, marche seul, court; disparition de l'œdème, essai de parler, allongement de la taille; la température qui, avant le traitement, était de 36°, est actuellement normale. Impossible de déterminer la présence d'un corps thyroïde à la palpation. De là l'idée de greffer sous les seins les corps thyroïdes frais d'un mouton.

L'auteur donnera plus tard les résultats définitifs. Il croit que la greffe thyroïdienne n'a pas donné jusqu'ici de résultats parce qu'elle a été pratiquée sur des sujets constituant, par suite de leur affection même, un terrain mauvais, à vitalité imparfaite. Ce en quoi il nous paraît avoir absolument raison. Mais il semble dépasser ses prémisses lorsqu'il conclut que le corps thyroïde aurait un rôle thermogène. En effet, il dit, deux fois la température s'est élevée pendant la rougeole et pendant la coqueluche, et aussitôt le myxœdème a disparu; la fièvre tombée, le myxœdème reparût. D'autre

part, les injections de suc thyroïdien ont pour effet immédiat d'élever la température et aussitôt le myxœdème s'améliore.

Enfin, certains physiologistes ont constaté que le myxœdème n'apparaît pas si l'on place les animaux thyroïdectomisés dans un milieu à température élevée et constante.

L'auteur publiera plus tard les résultats de ses nouvelles recherches.

J. D. B.

Réflexions sur deux cas de myxœdème traités par des injections de suc thyroïdien, par BOUCHARD (Ass. franç. p. l'avanc. des Sc., 1892).

B. a traité deux cas de myxœdème par une méthode qu'il avait déjà eu l'idée d'appliquer à cette affection, avant les recherches récentes qui ont été faites sur ce sujet.

En 1887, à une époque où il n'était pas question d'employer des sucs organiques dans un but thérapeutique, il observa une malade atteinte de myxœdème. Étant donné les résultats de l'ablation totale du corps thyroïde, on pouvait considérer les malades atteints de cette affection comme se trouvant dans un état analogue à celui d'individus privés physiologiquement de glande thyroïde.

De nombreuses théories ont été émises par les physiologistes à propos des fonctions du corps thyroïde. Les uns ont fait jouer un rôle important aux nerfs de cette organe, en raison des effets que produit la section des nerfs thyroïdiens. D'autres ont pu se demander si le rôle du corps thyroïde n'était pas dû à des fonctions chimiques, aboutissant soit à une destruction de substances nuisibles, soit à une production de substances utiles.

À l'occasion de cette malade il comptait faire des essais physiologiques sur le corps thyroïde en pratiquant des greffes de cet organe. Le corps thyroïde fut enlevé à douze chiens et les douze corps thyroïdes provenant de ces animaux furent inclus dans le péritoine d'un treizième chien. Quand on put supposer que les corps thyroïdes transplantés avaient eu le temps de se greffer, on enleva au chien qui en était porteur son propre corps thyroïde. Il y eut, chez cet animal, une survie de dix jours, alors que les douze autres chiens, auxquels on avait simplement enlevé leur corps thyroïde, étaient tous morts dans un délai de quatre à cinq jours et, chez le chien porteur de greffes, on put, à la nécropsie, constater que, sur les douze corps thyroïdes inclus dans son péritoine, deux d'entre eux étaient vivants et avaient contracté des rapports vasculaires avec les parties voisines.

S'il y avait eu survie plus longue, cela n'était évidemment pas dû

à l'action des nerfs des corps thyroïdes greffés, mais bien certainement à l'action chimique de ces organes, consistant soit dans la production, soit dans la destruction des substances actives.

B. ne mentionne ces faits qu'en raison de leur intérêt historique.

Après les expériences de greffe faites chez le chien, B. ne pouvait guère songer à pratiquer chez sa malade des greffes de corps thyroïde, attendu qu'aux difficultés existant déjà dans les greffes de chien à chien seraient venues s'ajouter des difficultés plus grandes, dès qu'il aurait été question de transplanter chez l'homme des corps thyroïdes provenant d'animaux d'une autre espèce. Il pensa alors à faire chez cette femme des injections de suc thyroïdien. Si la fonction chimique du corps thyroïde résidait dans la destruction de substances nuisibles, il n'y avait pas à espérer de résultats; si, au contraire, la fonction consistait à fabriquer des substances utiles, on pouvait attendre des effets favorables.

Depuis les résultats obtenus par Brown-Sequard avec le suc spermatique, il a pu, à propos d'une autre malade atteinte de la même affection, reprendre le traitement du myxœdème par les injections de suc thyroïdien, et de l'appliquer simultanément chez cette malade et chez celle qu'il avait observée en 1887.

Chez ces deux malades, les résultats ont été étonnamment rapides et se sont montrés très favorables. La turgescence œdémateuse de la face, des paupières, des lèvres, des mains, des avant-bras, a disparu avec la plus grande rapidité, pendant que, par le fait même de la disparition de ces œdèmes, le poids du corps diminuait notablement; en même temps il s'est produit une amélioration considérable au point de vue fonctionnel. La lenteur de la parole, la torpeur intellectuelle, la difficulté à se mouvoir, que présentaient les deux malades, se sont amendées d'une façon frappante.

La température, qui chez l'une et l'autre était inférieure à la normale, s'éleva sensiblement, et ces deux femmes qui, auparavant, avaient une telle sensibilité au froid qu'elles restaient tout habillées dans leur lit, purent renoncer à cette habitude dès que les injections furent faites. Notons enfin l'abondance de la sécrétion urinaire parallèlement avec la diminution des œdèmes.

Il y eut donc une amélioration considérable; mais, à côté des effets favorables, B. signale quelques effets fâcheux produits après les injections. Il ne s'agit nullement d'effets locaux, attendu qu'il n'y a eu aucune réaction locale appréciable, mais de céphalées, de douleurs dans les membres et dans le thorax, qui, à plusieurs reprises, durent faire suspendre les injections. Ces troubles disparaissaient avec la cessation des injections, et reparaissaient dès qu'on reprenait les injections, après cinq ou six jours d'interruption.

Est-ce à des qualités spéciales du suc thyroïdien que sont dus les effets observés? On n'en sait encore rien, et tout ce qu'on peut en dire, c'est que les injections de suc thyroïdien ont produit chez les malades une amélioration notable, sans pouvoir affirmer que la substance active ne se trouve pas ailleurs et que ce résultat n'aurait pas été obtenu avec des injections d'autres liquides organiques.

Quant à la durée de l'amélioration constatée à la suite des injections du suc thyroïdien, on ne peut l'apprécier suffisamment, en raison de la brièveté du temps écoulé depuis la cessation des injections; l'amélioration n'est probablement que passagère. B. ne croit pas que cette méthode donnera des effets curatifs. J. M.

Un cas de myxœdème avec troubles psychiques traité par les injections de suc thyroïdien, par CARTER (*Brit. med. Journ.*, 1892).

Femme de 43 ans, mariée, atteinte d'excitation maniaque s'exacerbant par accès périodiques. En même temps symptômes typiques du myxœdème.

Traitement par les injections de suc thyroïdien (vache et porc).

L'auteur pratiquait deux injections par semaine du 21 octobre au 7 février.

Amélioration considérable des symptômes physiques, moins prononcée pour les troubles mentaux. J. D. B.

Un cas de myxœdème traité avec succès par le massage et les injections hypodermiques de suc thyroïdien de mouton, par WALLACE BEATTY (*Brit. med. Journ.*, 1892).

Une femme mariée de 45 ans, atteinte de myxœdème subit un premier traitement d'une durée de six semaines : massage total du corps. La situation s'améliora quelque peu; la quantité d'hémoglobine passa de 70 % à 75 %; l'œdème avait légèrement cédé, les règles avaient réapparu, etc.; mais l'amélioration était trop minime pour qu'on pût espérer d'arriver à une guérison complète en continuant le même traitement. En même temps qu'on pratiquait le massage on fit des injections de suc thyroïdien de mouton.

Préparation de l'injection : section de la glande en fragments aussitôt après la mort de l'animal et ablation de la glande, élimination soignée de la graisse et du tissu conjonctif; les fragments sont placés pendant vingt-quatre heures dans un tube à réactif, stérilisés, arrosés d'une solution de $\frac{1}{2}$ % d'acide phénique dans l'eau et la

glycérine et conservés dans un endroit frais. Le tout est exprimé avec soin à travers de la mousseline; le liquide filtré est recueilli dans un flacon bouché à l'émeri, après avoir immergé pendant quelques minutes dans de l'eau distillée bouillante. Les instruments et les vases étaient stérilisés avec soin.

Injection tous les deux jours; la glande thyroïde d'un animal suffit pour trois injections. La malade ne ressentit aucun malaise à la suite du traitement qui fut continué jusqu'au 13 février 1892 et comporta l'emploi des extraits de cinq glandes.

Résultats excellents; le traitement avait à peine été commencé depuis une semaine qu'une amélioration se produisait; elle n'a fait que s'accroître depuis lors.

J. D. B.

Sur un cas de myxœdème, par MENDEL (Berl. med. Ges., 1892).

Chez une femme, le myxœdème s'est développé à la suite d'un érysipèle de la tête et d'une attaque de rhumatisme.

Depuis la fin du mois d'octobre dernier, la malade est devenue très apathique, elle n'a plus aucune notion de temps ni de lieu; sa peau est cireuse, sa face boursoufflée et ses yeux disparaissent presque complètement sous le gonflement des paupières.

Il y a également de l'œdème au niveau du cou et des membres. La peau des mains et des pieds est amincie, les ongles sont cassants et les cheveux ont disparu.

La salive parotidienne contient de la mucine; l'appétit est bon et la défécation normale. La température axillaire varie de 34°5 à 36°2. L'urine est évacuée en petites quantités, et contient 14 grammes d'urée par jour. Aux membres inférieurs, les sensations de froid sont perçues d'une façon exagérée; il y a au contraire une diminution de la sensibilité à la chaleur.

Le pouls, qui au début de l'observation battait 70 fois par minute, ne battait plus à la fin que 60 fois et était petit.

Le diagnostic de myxœdème ne peut donc être mis en doute. Depuis le Congrès international de 1890, le traitement du myxœdème est entré dans une nouvelle phase. Horsley, s'appuyant sur les expériences de Schiff, extirpa la glande thyroïde chez un animal et la remplaça en greffant dans la cavité abdominale une glande thyroïde provenant d'un animal de même espèce: il réussit ainsi à éviter les accidents qui succèdent habituellement à l'extirpation de la glande thyroïde.

Bircher eut recours au même procédé chez l'homme, dans un cas de myxœdème opératoire, et obtint un résultat satisfaisant.

D'autres chirurgiens modifièrent le procédé de Schiff, en greffant

des fragments de glande thyroïde, empruntés au mouton, non plus dans la cavité abdominale, mais sous la peau du thorax. Ils obtinrent également de bons résultats, même dans les cas de myxœdème dit idiopathique ou atrophique.

Murray conseilla plus tard, au lieu de greffer des fragments de glandes, d'injecter sous la peau du malade le suc ou l'extrait de la glande thyroïde. Ce procédé aurait déjà donné des guérisons.

Mackenzie et Fox conseillèrent aussi d'administrer l'extrait de corps thyroïde par la bouche.

C'est aux injections que M. a eu recours dans le cas présent. Il a retiré des glandes thyroïdes de quatre montons 250 grm. environ d'extrait thyroïdien; il a injecté chaque jour à sa malade une demi-seringue de cet extrait, et depuis quelques jours il lui en injecta les trois-quarts de la seringue.

Cette femme se trouve maintenant beaucoup mieux, physiquement et intellectuellement; son pouls bat de 72 à 76 par minute; elle rend 1,400, 1,500, 1,600 et même 2,000 c. c. d'urine par jour, et le chiffre de l'urée atteint 20, 25, une fois même 36 grm. La température est un peu remontée (de 35 à 36°). Enfin, les œdèmes ont diminué. M. présentera cette malade plus tard, quand le traitement aura été poursuivi encore quelque temps. On jugera alors de son efficacité.

Extirpation de portions volumineuses de la moelle épinière, par
GUOLTZ et EWALD (*Neurol. Centralbl.*, 1892).

Un chien a subi les opérations suivantes et y a survécu pendant plusieurs mois. Le 28 mai 1891 la moelle fut incisée transversalement à la hauteur de la cinquième vertèbre cervicale; puis, en deux opérations successives dont la dernière fut pratiquée le 5 janvier 1892, l'on extirpa la portion postérieure de la moelle épinière sur une étendue de 12 à 13 ctm.

La partie postérieure du corps fut naturellement prise de paralysie, mais on n'y observa du côté de la peau aucune espèce de troubles trophiques. Des ulcérations apparurent après la première opération; la guérison en est actuellement complète. Elles ne se sont pas reproduites après l'extirpation de la moelle. Les muscles des membres postérieurs sont transformés en cordons conjonctifs. La musculature de l'intestin, de la vessie, des vaisseaux sanguins est intacte, la digestion paraît normale; les selles sont consistantes. La défécation est régulière; le fonctionnement du sphincter de l'anus est normal. La miction est moins parfaite; elle n'est possible que si l'on exerce une légère pression sur l'abdomen; une fois commen-

cée, elle se continue régulièrement; l'urine est normale. Malgré la paralysie totale des muscles volontaires, le tonus vasculaire persiste dans la partie supérieure du corps. Il y a rougeur de la peau lorsqu'on la frictionne en un point quelconque des membres inférieurs ou bien à l'endroit où siègeaient les ulcérations susdites. Lorsque l'animal passe dans une chambre froide la peau pâlit, se refroidit; dans un local chauffé elle se rechauffe et se vascularise.

Il y a donc chez cet animal régulation de la température.

J. D. B.

Deux cas de polynévrite, par le D^r GILBERT (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkr., 1892).

L'un des cas observés est d'origine infectieuse, l'autre d'origine toxique.

La *polynévrite infectieuse* concernait un homme de 55 ans qui, à la suite d'une très forte émotion morale, fut atteint d'une polynévrite aiguë sous la forme d'un Peliosis rheumatica et accompagnée des phénomènes d'une maladie infectieuse très accentuée. Dans ce cas il y eut à noter une atrophie énorme accompagnée d'une diminution colossale de poids (le malade dépassant une taille ordinaire et fortement bâti ne pesait plus que 37 $\frac{1}{2}$ kilogr.), et une exacerbation sans fièvre après un rhume, se terminant par la mort au bout de quelques heures par suite d'une paralysie des centres respiratoires.

La *polynévrite toxique* a été constatée chez une dame qui a tenté de se suicider avec le vert de Schweinfurth; elle fut très aiguë. Ce cas se caractérisait par l'absence complète d'atrophies et par une intensité beaucoup plus grande des symptômes dans l'une des moitiés du corps.

Dans les deux cas, malgré la grande acuité des autres symptômes, les troubles de la sensibilité objective étaient peu prononcés, ce qui tend à confirmer l'opinion de Barr « que ces agents étiologiques possèdent une force sélective qui dans les mêmes trajets nerveux attaque plus facilement les fibres motrices et épargne des fibres sensibles. »

J. M.

Contribution à l'étude de la névrite périphérique, par J. RAKHMINOFF (Rev. de méd., 1892).

Des trois cas cités par l'auteur, le premier est le plus intéressant. Il s'agit d'un homme de 17 ans qui, deux ans auparavant, avait été atteint de typhus exanthématique et qui, depuis lors, souffrait de

paresthésies dans les bras et dans les jambes, parfois de douleurs lancinantes et de convulsions chroniques dans les muscles des mains et des avant-bras. Dans le cours de quelques journées, sans cause apparente, il se développa une gangrène symétrique des deux pieds et de l'extrémité inférieure des jambes. Le malade mourut quelques jours après l'amputation, d'une pneumonie.

L'auteur trouva dans les nerfs des bras et des jambes, des lésions avancées de névrite interstitielle et parenchymateuse : diminution des fibres nerveuses, segmentation de la myéline, infiltration interstitielle, épaississement de la paroi des petits vaisseaux. La moelle épinière était normale.

Dans les deux autres cas (névrite alcoolique), des lésions des nerfs périphériques étaient semblables.

Ce qu'il y a de particulier, c'est que l'auteur croit avoir constaté de la dégénération des cellules des cornes antérieures de la moelle.

X. F.

Dystrophia muscularis hyperplastua (hypertrophie musculaire vraie), par S. TALMA (*Centralbl. f. All. Path. und path. Anat.*, 1892).

En même temps que des douleurs et des paresthésies de toutes sortes, il se produit chez un homme de 50 ans, un épaississement considérable de tous les muscles, surtout marqué à la ceinture scapulaire et aux bras. La force brute diminue et après le moindre effort, apparaît un sentiment de fatigue considérable. La sensibilité est plus ou moins diminuée et la contractilité électrique amoindrie.

On excise un fragment du nerf cutané médian gauche et du muscle biceps brachial. Le nerf est fortement altéré. Les fibres de Remak paraissent augmentées de nombre; les noyaux du névrilemme sont multipliés.

Beaucoup de fibres présentent un mince manchon de myéline.

Le muscle aussi est profondément dégénéré. On ne distingue plus le sarcolemme. Les faisceaux primitifs ne sont pas nettement séparés. Entre eux se trouvent de nombreux noyaux dont l'origine est indéterminée. La plupart des fibres ont perdu leur striation transversale. Le diamètre des faisceaux primitifs varie entre 33 et 44 μ . Il n'y a pas de prolifération du tissu conjonctif, ni d'infiltration graisseuse, de sorte que l'augmentation de volume doit être attribuée à une hypertrophie du tissu musculaire.

X. F.

Contribution à l'étude des affections nerveuses familiales et héréditaires, par KLIPPEL et DURANTE (*Rev. de méd.*, 1892).

Sous le nom de *myoseismie* les auteurs comprennent un ensemble de troubles nerveux non encore décrit et qui constituerait une nouvelle entité pathologique à placer dans le cadre des affections familiales et héréditaires.

Le premier caractère important de cette maladie, c'est qu'elle est familiale, puisque les trois cas observés par K. et D. l'ont été sur deux frères et une sœur, tous trois issus d'un même père et d'une même mère, les deux autres enfants nés de ce mariage étant toutefois restés indemnes. C'est en outre, une maladie héréditaire puisque la mère et leur tante maternelle en avaient été également atteintes.

Voici quels sont les principaux symptômes de la myoseismie (de *μῦς*, muscle, et de *σεισμός*, mouvement saccadé) : débute non pas dans l'enfance, mais à l'âge adulte, et dans les trois cas relatés c'est vers l'âge de 35 ans que les premiers symptômes apparurent.

Douleurs vives, aiguës, passagères, puis persistantes, rappelant assez bien les crises gastralgiques du tabes ou parfois encore simulant la névralgie sciatique; puis, par ordre chronologique, troubles de la motilité : la démarche est titubante, incertaine, et à bien des égards rappelle celle de l'homme ivre; ces troubles s'exagèrent surtout si le malade est placé dans l'obscurité; enfin, symptôme précoce et de valeur, par l'occlusion des yeux du malade on détermine facilement sa chute; c'est en un mot le signe de Romberg, si important dans le diagnostic de l'ataxie locomotrice.

Plus tard, souvent plusieurs années après ces symptômes initiaux, surviennent alors des troubles de la parole qui est saccadée, bredouillante, puis des troubles de la vue, du vertige et des altérations de la sensibilité consistant surtout en une anesthésie des jambes; la période d'état est alors constituée.

Ce qui le caractérise avant tout, ce sont les troubles moteurs : chaque contraction musculaire, au lieu de se faire d'une façon régulière, uniforme, se transforme en une série de contractions successives et saccadées, quoique le mouvement se poursuive, sans retour sur lui-même, pour atteindre son but. En un mot, si l'on veut en faire la représentation graphique pour mieux frapper l'esprit, on peut dire que la courbe du mouvement serait représentée par une série de lignes obliquement ascendantes, parallèles entre elles et réunies par un plateau horizontal, tandis que la courbe d'un mouvement normal peut être figurée par une ligne oblique régulièrement ascendante.

Ces troubles moteurs sont surtout accusés au niveau des membres

inférieurs et donnent lieu à cette démarche hésitante qui fait que le malade avance par à-coup, en écartant les membres inférieurs pour élargir sa base de sustentation.

Les membres supérieurs sont souvent atteints mais plus tardivement et à un moindre degré; c'est surtout dans l'étude de l'écriture qu'on peut constater, dès le début, l'apparition de ces désordres moteurs.

Enfin, les mêmes troubles dans la contraction musculaire se passant du côté de la musculature des yeux, de la langue, expliquent l'apparition du nystagmus, puis des modifications de la parole qui ne rappellent que de très loin celles que l'on observe dans la sclérose en plaques.

À côté de ces signes, les plus importants, il faut noter encore la persistance des réflexes rotuliens, l'absence de réaction de dégénérescence, les éblouissements, les vertiges, la conservation absolue de l'intelligence, etc. Quant aux troubles de la sensibilité, à part ceux que nous avons signalés au début et qui sont exclusivement subjectifs, il existe encore une anesthésie très marquée (sauf pour le chaud) dans toute la région des membres inférieurs sous-jacente aux genoux et, mais plus tardivement, au niveau des mains et des avant-bras.

L'exagération de ces symptômes, puis la perte du sens musculaire, l'amaurose, etc., en même temps que l'aggravation de la faiblesse générale, seraient des symptômes tardifs de la dernière période qui ne surviendrait du reste qu'après de nombreuses années.

Cet ensemble de troubles nerveux ne peut, il faut l'avouer, rentrer, même de vive force, dans aucun des cadres classiques de la pathologie nerveuse; c'est, du reste, ce que s'efforcent de démontrer les auteurs dans leur diagnostic différentiel.

S'agit-il réellement d'une affection nouvelle, à classer, ou bien n'est-ce là qu'une maladie nerveuse combinée, comme on pourrait le croire en voyant tant de symptômes appartenant à des types pathologiques différents, greffés les uns aux autres? Ce sont là des questions auxquelles il est absolument impossible de répondre, jusqu'à ce qu'un examen anatomo-pathologique ait été pratiqué. Il ne nous semble même pas possible, avec les données physiologiques que nous possédons, qu'il soit permis de faire des hypothèses sur la localisation du processus morbide, tant sont disparates les symptômes de cette maladie si étrange.

Transmission héréditaire de la paralysie bulbaire progressive,
par FAZIO (5^e Congrès de la Soc. de méd. ital., 1892).

F. relate un fait concluant de transmission héréditaire de la paralysie bulbaire progressive. Il a observé une femme et son fils

atteints tous les deux de cette même maladie. Le fils avait sept ans; il était né environ cinq mois avant l'éclosion des symptômes morbides maternels. Outre son intérêt au point de vue de la transmission héréditaire de la maladie en question, l'observation de F. est encore remarquable par le jeune âge de l'un des deux malades. En effet, on sait que la paralysie bulbaire progressive n'apparaît généralement que chez des sujets ayant dépassé la trentaine.

Un cas de paralysie ascendante aiguë ayant abouti rapidement à la mort, par EICHBERG (*Centralbl. f. Allg. Path. und path. Anat.*, 1892).

Un homme de 21 ans qui avait été atteint de la rougeole, de la coqueluche, d'une fièvre typhoïde, d'une pneumonie, s'étant mis au lit bien portant, ne peut pas se lever le lendemain, parcequ'il éprouve des douleurs violentes dans le dos et dans les bras. Bientôt, survient de la paralysie dans la jambe droite d'abord, puis dans la gauche. Sensation de ceinture. Rétention des urines et des matières fécales. Hyperesthésie, diminution du sens musculaire. Abolition du réflexe patellaire. Ptosis à gauche. Strabisme convergent, pupilles étroites, inertes. Décubitus aigu. La veille de la mort qui survint le quatorzième jour de la maladie et qui s'accompagna de symptômes bulbares il y eût incontinence des sphincters.

Sauf, une certaine hyperémie des cornes antérieures dans la région dorsale et dans la région lombaire de la moelle, l'autopsie ne révéla aucune altération.

A l'examen microscopique, on rencontra de très petites hémorragies notamment dans les cornes antérieures; autour des vaisseaux, il existait une infiltration cellulaire qui se présentait aussi dans la pie-mère et dans l'arachnoïde.

Les signes inflammatoires étaient le plus marqués dans les cornes intérieures dont les cellules présentaient également une dégénérescence plus ou moins prononcée. Les racines antérieures étaient saines. Le système nerveux périphérique n'a pas été examiné.

X. F.

Poliomyelitis acuta disseminata, partialiter hæmorrhagica (paralysis Landry), par HLAVA (*Centralbl. f. all. Path. und path. Anat.*, 1892).

Une femme de 36 ans tombe subitement malade avec une fièvre de 39°.4'; le lendemain, paralysie des jambes, bientôt après, paralysie

des bras, pas de troubles de la sensibilité, rien du côté des sphincters. Mort au quatrième jour de la maladie.

L'autopsie est faite cinq heures *post-mortem*.

Hyperémie de tous les organes, notamment gonflement de la rate. Hyperémie de la substance grise du cerveau et de la moelle qui, à l'examen microscopique de la moelle épinière, de la moelle allongée, de la protubérance annulaire, se montre infiltrée de cellules rondes. Ces cellules formaient en quelque sorte des réseaux; dans certains points, notamment dans la partie dorsale de l'axe médullaire, de petites hémorragies. Les cellules ganglionnaires étaient partiellement dégénérées.

Les nerfs périphériques ne présentent pas d'altération.

L'examen bactériologique, l'inoculation ne donnèrent aucun résultat. Néanmoins l'auteur se prononce en faveur de la nature infectieuse de la paralysie de Landry.

X. F.

Un cas typique de tabes dorsalis et de gliose centrale, par le Dr NONNE (*Arch. für Psych. u. Nervenkr.*, 1892).

L'auteur a eu l'occasion d'observer un malade qui, indubitablement, était infecté par la syphilis. Il souffrait d'un tabes typique et l'examen anatomique n'est pas parvenu à le distinguer de la sclérose typique des cordons postérieurs qui n'est pas de nature syphilitique. L'examen microscopique surtout a constaté l'intégrité des vaisseaux médullaires et des méninges spinales.

L'autopsie permit encore de constater certains symptômes de la syphilis et notamment la modification spécifique de l'artère basilaire. Il existait également une gliomatose centrale de la moelle épinière qui, à certains endroits, démontre la connexion locale avec les cordons postérieurs dégénérés de la moelle et conséquemment l'hypothèse d'une relation génésique entre eux et la prolifération gliomateuse des parties médullaires qui ont subi la modification tabétique.

J. M.

Contribution à l'étude du pseudo-tabes ou tabes périphérique, par H. HIGIER (*Centralbl. f. klin. Med.*, 1892).

H. considère le pseudo-tabes comme une forme de la névrite aiguë ou sub-aiguë dans laquelle les troubles consistent principalement dans des hyperesthésies, des anesthésies ou des paresthésies.

Au point de vue de l'étiologie, il faut tenir compte d'abord des substances toxiques (plomb, arsenic, alcool) d'autre part des éléments infectieux (diphtérie, variole, typhus, lèpre, etc.). Le refroidissement intervient également.

L'auteur ne connaît de signe différentiel bien net entre le pseudo-tabes et le tabes vrai. Comme signe caractéristique observé dans deux cas personnels, il indique la disparition aiguë du réflexe rotulien, du sens musculaire, de la coordination en même temps que l'apparition de troubles dans le domaine de la sensibilité.

Chez ses deux malades, l'affection débuta à la suite d'une maladie fébrile (gastro-entérite aiguë, typhus abdominal). Abstraction faite des troubles caractéristiques de la sensibilité, les deux cas présentèrent un affaiblissement musculaire de tous les membres qui, chez le second, atteignit le degré d'une véritable parésie. X. F.

Sur une forme particulière de paresthésie des extrémités, par
L. LAQUER (*Arch. für Psych. und Nervenkr.*, 1892).

L'auteur a observé une série de cas depuis plusieurs années : accès d'engourdissement et de rigidité des deux mains et des avant-bras. Les sensations très vives de brûlures et de piqûres ne se limitent pas à un certain trajet nerveux ; elles sont diffuses et s'étendent à toute la surface cutanée ; elles augmentent considérablement pendant la nuit de manière à constituer une douleur tellement vive que parfois elles empêchent le sommeil du malade. Ces sensations naissent spontanément ou se présentent tantôt après un travail très fatigant, tantôt après une excitation thermique. L'anesthésie objective, la sensation de douleur à la pression pour le plexus et les troncs nerveux, les troubles de la motilité, les anomalies électriques et les vrais phénomènes vaso-moteurs manquent généralement dans ces cas.

Pour les douze cas observés par L. et qui ont été constatés le plus souvent chez des femmes, il n'y eut ni prédisposition hypocondriaque, ni prédisposition hystéro-nerveuse ; les sensations ne pouvaient être considérées comme les symptômes précurseurs d'une affection du système nerveux central (pachyméningite cervicale, syringomyélie ou névrite multiple).

L. considère cette névrose de la sensibilité comme une névrose d'épuisement chez les femmes fortement occupées de travaux manuels ou de travaux domestiques et ayant une certaine prédisposition à l'anémie. Cette maladie est très tenace.

Toutefois un traitement galvanique, hydrothérapique ou même le spray à l'éther peuvent amener la guérison ou une amélioration. Schültze et Windscheid ont observé des faits analogues.

J. M.

Un cas de maladie de Friedreich, par E. DESTRÉE (Journ. de méd. de Bruxelles, 1892).

La maladie de Friedreich est une forme d'ataxie ou plutôt de paraplégie ataxique, survenant héréditairement et distincte surtout de la forme ordinaire du tabes par son apparition précoce dans le jeune âge et par quelques symptômes additionnels. La nature, en quelque sorte congénitale, de l'affection paraît démontrée, mais son hérédité directe et complète n'a été observée que dans un petit nombre de cas. Un tempérament névropathique héréditaire, voilà ce qu'on trouve le plus souvent dans les antécédents familiaux.

L'âge auquel apparaissent les premiers symptômes est entre 18 et 26 ans, à l'époque de la puberté, mais la maladie peut se manifester plus tôt, vers 6 à 7 ans. Gowers admet que dans les cas isolés la maladie apparaît d'ordinaire plus tardivement que dans les cas groupés. Elle commence souvent plus tôt chez l'homme que chez la femme, et débute au même âge chez les différents individus atteints dans une même famille.

La symptomatologie se résume comme suit : incoordination des mouvements atteignant d'abord les membres inférieurs, puis les membres supérieurs ; douleurs très rares au début ; ataxie à caractère particulier, ressemblant à celle d'un homme pris d'ivresse ; force musculaire normale, à nutrition convenable ; réflexe rotulien absent, plus ou moins tardivement, parfois maintenu et même, dans certains cas, augmenté aux périodes éloignées de la maladie ; irrégularité des mouvements du cou et de la tête (mouvements choréiformes et tremblement). La parole est affectée et le langage est hésitant et monotone. Dans plusieurs cas il y a nystagmus quand les yeux se meuvent latéralement ou vers le haut. Jamais d'atrophie du nerf optique. Pupilles ordinairement normales, mais parfois perte du réflexe d'accommodation à la lumière. Symptômes du côté de la sensibilité variables : douleurs lancinantes rares ; douleurs rhumatoïdes assez fréquentes ; sensibilité normale dans la plupart des cas, mais parfois anesthésie plus ou moins tardive ; sens musculaire ordinairement moral ; la sensation du sol est généralement conservée. Pouvoir sexuel souvent absent. Sphincters d'ordinaire sans troubles. Aucun trouble trophique. Crises viscérales absentes. Parfois fréquence du pouls. Aucune altération des fonctions intellectuelles.

Si l'on examine les observations publiées avec quelque détail, on s'aperçoit qu'il existe un grand nombre de symptômes variables, observés par les uns, niés par les autres, et qui font qu'une description-type de la maladie de Friedreich n'a pas encore été donnée. Ladame aussi admet l'hérédité de l'affection, mais il croit qu'il faut

encore admettre l'existence d'un facteur étranger adjuvant. L'alcoolisme chez les ascendants s'observe souvent. D'après lui la symptomatologie peut se résumer : ataxie progressive et lente des quatre membres, débutant dans le jeune âge, commençant aux jambes, s'étendant graduellement au tronc et aux bras, aux muscles du larynx, de la langue, des yeux. Faiblesse des jambes, difficulté croissante dans la marche. Difficulté d'articulation. Scoliose. Nystagmus. Pied-bot. Absence de réflexes tendineux. Absence de troubles de la sensibilité, d'anomalies oculo-pupillaires et de douleurs lacinantes. Intégrité des sphincters.

Si l'on se base sur cette symptomatologie, il faudra rejeter un certain nombre de cas signalés comme cas de maladie de Friedreich. Ladame considère l'absence de réflexe rotulien comme une règle absolue dans cette forme d'affection nerveuse. Il regarde comme symptôme primordial et en quelque sorte caractéristique, l'extension dorsale du gros orteil dans le pied bot. L'ataxie, l'absence de rémissions, la lenteur de la parole, le nystagmus, l'abolition du réflexe rotulien, la scoliose et la difformité du pied sont les symptômes caractéristiques sur lesquels s'établit le diagnostic, en même temps que l'absence de douleurs et de troubles sensitifs, l'intégrité de la vision, l'absence de troubles génito-urinaires et l'absence d'antécédents syphilitiques.

Mendel énumère les symptômes comme suit : ataxie locomotrice des mains et des pieds; troubles ataxiques du langage, nystagmus, difformité du pied avec gros orteil étendu d'une façon permanente, absence du réflexe du genou, pas de troubles de la sensibilité.

Si l'on compare ces opinions avec celle de Sanger Brown, on verra que l'accord entre les pathologistes n'est pas établi :

Les mêmes caractères de l'ataxie s'étendent, d'après S. Brown, progressivement aux jambes, aux bras, aux yeux, à la tête, aux organes de la parole; le sens musculaire reste intact, mais il n'existe de nystagmus d'aucune sorte, et l'atrophie du nerf optique est un symptôme constant et précoce; la pupille réagit peu à la lumière, et quand l'atrophie du nerf optique est complète, il arrive qu'il se produise de l'ophtalmoplégie totale interne et externe. Il y aurait toujours exagération du réflexe rotulien et souvent même clonus des muscles de la jambe. Les réflexes cutanés seraient également exagérés, mais à un faible degré. Il n'y a jamais ni pied bot ni autre difformité.

La description de Brown diffère considérablement de celle de Ladame et de Gowers. Les cas de Brown appartiennent-ils bien réellement à la maladie de Friedreich? Bernhard a fait à cet égard quelques réserves, et il formule les discordances qu'il y a entre les

symptômes observés par Brown et les vrais caractères de la forme morbide décrite par Friedreich :

1. L'ataxie de Friedreich frappe dans le jeune âge entre 12 et 18 ans. Or, les cas de Brown débute souvent à cette époque, mais aussi plus tard, même à 45 ans ;

2. Brown a observé fréquemment du ptosis qui manque d'ordinaire dans la maladie de Friedreich : par contre, il n'a pas observé de nystagmus ;

3. Dans les cas de Brown, il y a prédominance de la maladie chez la femme : il n'y a que la transmission qui se fasse surtout par les femmes ;

4. L'amblyopie et l'amaurose (par atrophie du nerf optique), que Friedreich n'a jamais observées, sont des symptômes précoces et constants dans les cas de Brown ;

5. Les réflexes rotuliens sont dans ces derniers cas exagérés : ils manquent dans la description de Friedreich. De même pour le clonus de la jambe ;

6. Brown n'a observé ni pied bot ni scoliose ;

7. Il n'y a pas de paresse pupillaire dans les cas de Friedreich.

Brown s'est-il trouvé devant des cas d'une autre maladie héréditaire, analogue à ceux décrits par Nonne et Menzel, ou bien la maladie de Friedreich est-elle une forme d'ataxie héréditaire avec des lésions localisées d'une façon variable ?

Cette question ne se résoudra qu'en accumulant les observations et en cherchant à distraire d'un cadre nosologique définitivement tracé, les formes d'ataxie dite héréditaire, s'éloignant d'un type reconnu dès lors comme celui auquel doit s'attribuer seulement la dénomination de maladie de Friedreich. Cette maladie est d'ailleurs rare : D. apporte un nouveau document à la discussion de cette question par l'observation suivante, à laquelle manquent des données anatomo-pathologiques.

Le nommé Émile P..., âgé de 21 ans, est né d'un père mort poitrinaire il y a trois ans. Celui-ci était alcoolique, et son oncle paternel, d'un tempérament très nerveux, a deux fils dont l'un est atteint d'épilepsie ; l'autre, bien développé, travaillant aux champs, est simple d'esprit. Les frères et sœurs ainsi que la mère du malade sont bien portants. Du côté de l'hérédité, nous relevons donc comme facteurs pathogénétiques, des signes de dégénérescence familiale évidents, l'alcoolisme du père relève comme cause dans beaucoup d'observations de malades atteints d'ataxie locomotrice héréditaire, et enfin la tuberculose du côté d'un des ascendants directs. Joffroy a insisté sur le rôle probable de la tuberculose des parents dans la pathogénie de la maladie de Friedreich.

Émile P... est entré à l'hôpital le 5 juin 1891 et y a fait plusieurs séjours pendant lesquels D. a pu l'observer à loisir : Aspect extérieur celui d'un enfant arrêté dans sa croissance; poitrine peu développée : sous le mamelon gauche on perçoit une tumeur arrondie, ressemblant assez à une glande mammaire. Le développement des deux testicules paraît s'être complètement arrêté; ces organes sont ceux d'un enfant d'une dizaine d'années; la tête est très développée. Voici le protocole de l'examen anthropométrique d'après le D^r Houzé :

« Taille 145,5; poids 43 gr. 500; circonférence mamillaire, 775 millimètres; indice de vitalité, 53,26; diamètre antéro-postérieur maximum, 207; diamètre antéro-postérieur iniaque, 202; diamètre transverse maximum, 163; indice céphalique, 78,74; hauteur sus-auriculaire, 138; diamètre frontal maximum, 107; circonférence horizontale a) totale, 595; b) préauriculaire, 305; c) postauriculaire, 290; courbe fronto-iniaque, 380; courbe transverse sus-auriculaire, 380; hauteur du visage, 188; hauteur ophryo-alvéolaire, 90; hauteur vaso-alvéolaire, 71; largeur bizygomatique maximum, 140; largeur interoculaire, 30; hauteur nasale (naso-spinale), 51; largeur des narines, 31; largeur bigoniaque, 110; peau claire, glabre; cheveux blonds, lisses, front saillant, bosse frontale saillante; arcades sourcilières moyennes; glabelle presque nulle; nez rectiligne relevé; yeux enfoncés, droits; iris ardoisé; stigmatisme iridien de Féré; prognatisme sous-nasal, menton légèrement en retrait; arcade dentaire supérieure parabolique; pommettes moyennes; lèvres moyennes; palais large; incisives droites; troisième molaire non sortie; lobule de l'oreille libre; occiput proéminent; l'écaille occipitale ne débord pas les pariétaux; l'asymétrie crânio-faciale est manifeste; scoliose très accentuée à la région dorsale; épaule gauche beaucoup plus saillante; convexité très prononcée au centre de la région dorsale; xiphylordose légère; ensellure lombaire; strabisme; en avant du λ et un peu à gauche de la suture sagittale, dépression plus allongée dans le sens antéro-postérieur, et qui pourrait être le trou pariétal gauche. »

Le malade avait donc subi un arrêt de développement manifeste. D. insiste sur la scoliose très prononcée de la région dorsale, fait fréquent dans la maladie de Friedreich et sur la déformation particulière du pied de Charcot. Le pied, en quelque sorte raccourci, présente une voussure considérable, et le gros orteil est en extension forcée.

Malgré son facies infantile, l'exiguité de sa taille, les arrêts de développement et les déformations de son crâne, Émile P... ne présentait aucun trouble des facultés intellectuelles. Il a très bien appris à lire et à écrire, et s'est montré très intelligent dans ses études primaires. Il s'exprime facilement en trois langues, allemand,

français, flamand, calcule et résout sans difficulté de petits problèmes d'arithmétique. Il a un excellent caractère et se montre très affectueux et caressant. Profondément attristé de son état de santé, il reste chez lui, passant ses journées à fumer.

Dès la première enfance on s'est aperçu de la grosseur de sa tête et du non-développement des os du crâne. Peu à peu la marche est devenue difficile. Depuis quatre ans il a fallu que le malade s'aidât d'une canne ou du bras de sa sœur. Depuis deux ans il écrit avec beaucoup plus de difficulté qu'auparavant.

L'examen actuel du malade démontre une *ataxie* très nette dans les mouvements des membres inférieur et supérieur. A la vérité, le malade ne steppe pas, mais il a une indécision extrême dans la marche, oscillant dans un sens et dans l'autre, et ne parvient pas à maintenir celle-ci suivant une direction rectiligne. L'écriture présente un tremblement qui n'a aucune ressemblance avec celui de la sclérose en plaques : il est dû à un défaut de coordination dans les mouvements du bras et de la main. Lorsque le malade veut prendre le lobule de l'oreille avec deux doigts, il n'y parvient qu'après des tâtonnements, et si on lui demande de mettre en rapport immédiat les deux index, les bras étant éloignés l'un de l'autre, il ne parvient à exécuter ce mouvement qu'avec des tâtonnements maladroits et une grande indécision. L'ouverture et la fermeture des yeux ne paraissent pas influencer grandement l'incoordination.

Il y a *abolition* des réflexes tendineux du genou, du pied, et il n'existe pas de clonus de la jambe.

La *sensibilité* est *conservée* dans tous ses modes.

Le malade se plaint de douleurs fulgurantes, très vives, dans les membres inférieurs. Ce phénomène existe depuis un an environ et semble s'accroître en intensité et en fréquence de jour en jour.

Aucun trouble trophique appréciable.

Intégrité complète dans le fonctionnement des sphincters.

Pupilles égales, réagissant à la lumière. *Nystagmus* très évident quand on force le malade à diriger son regard en haut et en dehors; mais le nystagmus n'existe pas lorsque l'œil est au repos. Strabisme léger convergent. Un peu de ptosis à gauche.

Le malade parle avec lenteur, d'une voix monotone. Il articule lentement, en scandant. Il n'existe pas de déviation de la langue ni de tremblement de cet organe.

Pas de tremblement du côté de la tête et du cou.

La symptomatologie du cas actuel est conforme à la description de Friedreich et de la plupart des auteurs. Quelques symptômes sont en dehors de la forme habituelle; tels sont les douleurs fulgurantes, qui ne sont pas la règle, mais qui cependant ont été observées

et qui n'infirmant pas le diagnostic, surtout observées tardivement dans le cours de la maladie, et le strabisme, phénomène rare, signalé pourtant par Charcot.

D. insiste sur les signes évidents d'un arrêt de développement chez son malade. Ils constituent un argument de plus en faveur de la notion qui prévaut actuellement sur la nature de la maladie de Friedreich. Les cas de cette maladie encore obscure doivent être considérés comme la conséquence d'un développement imparfait des centres nerveux, comparativement aux centres de l'homme normal ayant atteint le même âge, soit qu'il y ait simple exigüité des organes (Nonne), soit qu'il y ait dégénérescence des cordons (Friedreich, Menzel), soit enfin qu'il y ait sclérose névroglique (Déjérine).

J. M.

Un cas de lésion de plusieurs nerfs crâniens d'origine chimico-traumatique, par le prof. J. STEINER (*Arch. für Psych. und Nervenkr.*, 1892).

Une dame âgée de 20 ans, portant depuis sa jeunesse des ganglions tuberculeux à droite du cou, subit à cet effet une opération consistant en injections parenchymateuses d'une solution d'iodoforme et de formiate de soude dans la glycérine. Il y eut, en quinze jours une injection de deux seringues, l'une dans les ganglions, immédiatement au dessous de l'oreille droite et une deuxième dans le paquet ganglionnaire situé au devant de l'oreille du même côté.

Après cinq injections faites sans accident, il y eut une sixième compliquée d'une respiration stertoreuse. La respiration étant devenue normale, on constata des troubles de plusieurs nerfs crâniens : paralysie des branches supérieure et moyenne du nerf facial, déviation de la langue à droite, troubles de la mastication et de la déglutition, voix rauque et paralysie des cordes vocales à droite; sensations intactes du côté de la langue et de l'ouverture buccale.

Le nerf laryngé supérieur était atteint (mouvements de déglutition difficiles à la suite de l'excitation de ce nerf à droite). St. suppose également qu'il y avait lésion de la branche respiratoire du pneumogastrique et de celle du cœur, mais il n'a pu l'établir en raison de l'état d'angoisse de la malade. Il y avait réaction de dégénérescence de tous les muscles accessibles à l'examen. Il y avait donc en dehors de la lésion du facial, une lésion de l'hypoglosse et des nerfs laryngés supérieur et inférieur à droite.

St. porta le pronostic de la forme la plus grave de la paralysie faciale rhumatismale. La galvanisation des muscles eut pour résultat la guérison complète des nerfs laryngés et une amélioration très

considérable de l'hypoglosse et du facial. La langue dévia encore mais très légèrement, le muscle frontal ne réagissait plus au courant galvanique.

J. M.

Du rôle de la peur dans les accidents de chemin de fer, par

PAGE. — Traduction par Placzek, Berlin, 1892.

Les chirurgiens sont assez bien d'accord pour admettre que le collapsus qui succède aux accidents, par exemple à l'écrasement de membres, est particulièrement grave dans les cas qui frappent les employés de chemin de fer et qui requièrent souvent l'intervention chirurgicale. Que l'on compare deux cas de blessures, l'un survenu sur le chemin de fer, l'autre dans la rue ; il est très probable que les symptômes du shock seront beaucoup plus prononcés dans le premier que dans le second. La différence provient, je pense, de ce que dans le premier cas, il y a eu une émotion psychique plus considérable.

L'exemple suivant qui m'a été rapporté par un chirurgien fort expérimenté, montre bien l'influence que la peur peut exercer sur la production du shock ; un jour, on amène à l'hôpital, un employé de chemin de fer dont le pied, disait-on, avait été écrasé par un train ; le patient était dans le collapsus et manifestait la plus vive inquiétude sur le sort de son membre. À l'examen, on fut fort surpris de constater que la seule lésion existante consistait dans l'enlèvement du talon du soulier qui avait été arraché par la roue de la machine.

La littérature médicale contient une foule d'observations où les troubles fonctionnels les plus graves, où la mort même ont été amenés par la peur.

C'est la peur, ce facteur psychique si important qui dans les collisions de chemin de fer joue un rôle considérable parce qu'il détermine non seulement sur le coup, le collapsus, mais encore les symptômes tardifs qui sont parfois plus graves et en tous cas plus inquiétants que les troubles immédiats. La raison en est facile à donner. Les circonstances qui accompagnent les accidents de chemin de fer sont suffisantes, alors même qu'il n'existe aucune blessure, pour provoquer une vive impression morale.

La production brusque, inopinée de l'accident, l'abandon dans lequel se trouve le voyageur, le craquement des voitures écrasées, les cris de détresse des victimes, toutes ces circonstances sont de nature à émouvoir profondément surtout quand elles surviennent dans l'obscurité et, si elles n'occasionnent pas de troubles immédiats, elles sont bien capables de donner naissance à toute une série de symptômes nerveux.

X. F.

Des origines corporelles des psychoses aiguës, par WAGNER
(*Jahrb. f. Psych.*, 1892).

L'auteur croit pouvoir admettre que les psychoses aiguës post-fébriles dépendent d'une névrite des organes nerveux centraux ; les altérations vasculaires que l'on rencontre si fréquemment dans la polynévrite périphérique pourrait aussi jouer un rôle dans leur production ; mais on n'a pas encore démontré l'existence de ces altérations dans le cerveau. Il est vraisemblable que, comme les névrites, ces psychoses résultent d'une intoxication (alcool, plomb, arsenic, toxines). On connaît déjà actuellement une forme de psychose spéciale dépendante de la polynévrite. D'autre part dans les psychoses postfébriles il y a souvent des symptômes de névrite.

La folie pelagreuse et ergotinique sont des formes de psychose toxiques bien connues ; il est permis de supposer que d'autres psychoses dépendent d'une intoxication et notamment d'une auto-intoxication ; il en est ainsi sans doute du délire hallucinatoire aigu.

J. D. B.

De la jalousie morbide chez l'homme, par V. KRAFT-EBING
(*Jahrb. d. Psych.*, 1892).

L'auteur a trouvé de la jalousie morbide (*Eifersuchtswahn*) chez 80 % des alcooliques qu'il a examinés et qui étaient encore capables d'avoir des relations sexuelles. Ce délire de jalousie apparaît dans les stades avancés de l'alcoolisme chronique et à part quelques cas rares il existe seul, sans autre symptôme délirant.

Il est extraordinairement fixe ; il est logique et résulte de raisonnements que se fait le malade. Parfois il s'accompagne d'hallucinations et d'illusions qui viennent renforcer la conviction qu'a le malade de sa réalité ; mais elles ne sont jamais qu'accessoires et la conséquence d'accès de fureur, d'émotions violentes ou de delirium. Le délire a son origine dans des paresthésies, des troubles de fonctionnement des organes génitaux : l'absence de jouissance pendant le coït malgré un certain degré d'excitation génitale, la frigidité de la femme, l'impuissance absolue ou relative de l'époux. Le délire s'exagère alors par la discorde conjugale, les pertes d'argent, etc., qu'entraîne l'alcoolisme du chef du ménage ; il accuse alors sa femme d'avoir des relations avec un autre homme, de lui porter de l'argent, de lui réserver de la nourriture.

Dans les cas où il existe d'autres symptômes que la jalousie morbide, on rencontre : 1° d'autres idées de persécution, vagues cependant, mais logiques si l'on admet leur point de départ ; 2° le malade

présente tous les signes d'une psychose bien nette, du délire systématisé de persécution de nature alcoolique; 3° de la paranoïa alcoolique proprement dite; 4° du délire chronique alcoolique dont les idées délirantes nombreuses renferment le délire de jalousie.

Le délire de jalousie est, dans la paranoïa alcoolique, fréquent dans le délire chronique alcoolique. J. D. B.

Idees de persécution systématisées à forme obsédante et consciente, par J. SÉGLAS (*Sem. méd.*, 1892).

Certaines idées délirantes (idées de persécution ou de grandeur) peuvent exceptionnellement revêtir la forme consciente et obsédante et présenter l'aspect clinique des idées obsédantes ordinaires (agoraphobie, onomatomanie, folie du doute, etc.). On retrouve parfois ces caractères cliniques accompagnant même de véritables conceptions délirantes organisées en système.

Les troubles intellectuels observés chez M^{me} G... remontent au mois de mars 1889. L'hiver précédent, tous ses enfants avaient été malades : sa santé physique s'en est ressentie; elle eut aussi à cette époque des ennuis d'argent. Elle avait des maux de tête, de reins; elle avait perdu l'appétit et vomissait souvent; ses jambes enflaient, elle avait des pertes blanches, des insomnies plus ou moins complètes. Elle était devenue indécise, sans initiative.

A la suite de cela les troubles intellectuels éclatèrent « comme un coup de foudre. » « On aurait dit » que tout le monde se moquait d'elle, de son linge, de ses actes, de ses paroles. Il lui semblait que les personnes qui étaient là montaient une cabale contre elle, qu'elles faisaient des signaux. Rentrée, elle envoya son mari aux informations. Elle se renferma chez elle, et ne voulut plus sortir ni voir personne. Il lui semblait qu'on voyait chez elle, qu'on savait ce qu'elle pensait, que certains articles de la *Lanterne* la concernaient. A cette époque lorsqu'elle apercevait quelqu'un, *cela la serrait à l'estomac, elle ne pouvait ni respirer, ni avaler*; c'était moins fort maintenant.

Il n'y en a pas du côté de la vue, du goût, de la sensibilité générale; mais quelques hallucinations de l'ouïe, seulement la nuit. Elle s'imaginait qu'on voulait la faire disparaître, qu'on lui trouvait toutes sortes de défauts; il lui semblait que tout ce qu'elle avait fait jusqu'à ce jour était mal fait, qu'elle n'avait pas rempli comme tout le monde ses devoirs de femme de ménage, qu'elle *avait tous les défauts possibles*.

La malade, en même temps qu'elle se croit persécutée et qu'elle accuse les autres de lui faire des misères, s'accuse elle-même, se

croit coupable, regarde l'hostilité qu'on semble, croit-elle, lui manifester comme une allusion à ses défauts, à des fautes imaginaires. Elle a eu à cette époque quelques hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Un jour, entre autres, étant à table dans sa famille, elle entend dire : « Nous allons lui faire ressentir dans le pied la douleur qu'elle a eue autrefois, » et au même instant elle a ressenti cette douleur.

Alors elle retourna dans son pays, à Lyon. Là encore tout lui semblait dirigé contre elle, elle croyait qu'on avait téléphoné à Lyon. A ce moment elle avait *une croyance absolue* à la réalité de ses idées.

Survint une période de *rémission*. Elle finit par prendre le dessus, tout en n'étant pas absolument tranquille. Mais, au bout de quatre mois, nouvelles interprétations délirantes. Il lui semble qu'on la guette; si elle fait quelque chose, elle croit que les locataires voisins se font des signaux. Il lui semble qu'on sait ce qui se passe en elle, même ses pensées; que lorsqu'on lui parle, c'est pour se moquer d'elle. Elle était malheureuse rien qu'à l'idée qu'on pourrait s'arrêter pour la regarder, *contente et soulagée* quand elle les voyait prendre une autre direction. On ne lui a jamais rien dit, mais il lui semble qu'on lui reproche quelque chose. *Il lui semble que tout cela n'est que des idées fausses*; elle voudrait pouvoir lutter contre tout cela.

Ces paroles montrent qu'elle est jusqu'à un certain point maintenant consciente de la fausseté de ses idées, en même temps que ces dernières mettent en relief leur caractère d'irrésistibilité et d'angoisse paroxystique suivie d'une détente.

Ces symptômes particuliers s'aggravèrent dans la suite.

« Ce doit être des idées : je crois toujours que les gens de Ville-neuve sont contre moi; j'ai beau me dire que c'est absurde. » Après des alternatives de rémission, pendant lesquelles la malade réussit à être plus maîtresse d'elle-même, les accès d'anxiété reviennent; en mars 1891, elle demande son placement volontaire.

Voici son état actuel : la malade est d'une émotivité excessive; quand elle raconte les accidents dont elle souffre, elle devient triste et inquiète, le visage rongit, les mains se mouillent de sueur, elle est comme oppressée. Elle a conscience qu'elle est malade, demande à être traitée et à guérir pour retourner soigner ses enfants; elle dit que toutes ses préoccupations sont dues à ce qu'elle est faible, anémique, et ne peut être maîtresse d'elle-même. Tout en reconnaissant le peu de fondement de ses idées, elle ne peut s'en débarrasser.

Au bout de quelques jours d'internement, elle est moins inquiète, beaucoup plus calme, a conscience de son état : « Quand cela me prend, je ne puis plus me dominer ». Je ne puis m'empêcher de

prendre pour moi tout ce qu'on dit. J'ai beau trouver que c'est absurde, ici surtout où j'entends toutes sortes de choses déraisonnables, mais c'est plus fort que moi. Il lui semble qu'on sait ce qu'elle pense et elle prend toujours pour elle et malgré elle ce qui se dit : « J'ai beau me dire que je suis ici dans une administration qui n'a aucun intérêt à s'occuper de mes affaires, c'est plus fort que moi. Quand je ne cause pas de cela, je passe tout mon temps à ruminer malgré moi, je ne puis me distraire ; je me préoccupe sans cesse de ce que je deviendrai une fois sortie. » Elle n'a plus d'hallucinations. Elle se soigne très régulièrement, veut guérir et le plus vite possible. Elle se met à travailler.

Plusieurs points sont à relever dans cette observation.

Le fait saillant de l'état mental de M^{me} G... est qu'elle présente des idées de persécution, le plus souvent sous la forme d'interprétations délirantes simples, s'accompagnant parfois d'hallucinations, et de plus s'organisant en un véritable système délirant. Est-ce un délire des persécutions ? Nullement, au moins sous les formes habituelles qu'il peut revêtir, et bien que certains symptômes telles que les interprétations délirantes, les hallucinations, la systématisation des idées, les fugues de la malade puissent en imposer au premier abord. L'allure générale de la maladie n'est pas celle du délire des persécutions, systématisé, hallucinatoire, à marche progressive. D'un autre côté, dans les variétés à marche irrégulière, dont la malade semble se rapprocher, il est à remarquer que le sujet est toujours *inconscient* de la nature pathologique de ses idées qu'on peut jusqu'à un certain point discuter parfois, mais dont il ne reconnaît de lui-même la fausseté que s'il entre en rémission complète.

Ces idées ne se manifestent pas, au point de vue psychologique, avec les caractères habituels de l'idée de persécution des persécutés, mais plutôt de celle des mélancoliques. Chez le persécuté vrai, l'idée de persécution repose toujours sur un fond d'orgueil habituel à ces malades, qui se bornent à accuser les autres de leur nuire et ne cessent de se poser en victimes. Chez le mélancolique, l'idée de persécution repose sur un fonds d'humilité qui lui fait regarder les persécutions comme le résultat de fautes qu'il croit avoir commises. S'il accuse les autres, il s'accuse aussi lui-même.

Mais est-ce là un cas de mélancolie ? En aucune façon, car nous ne retrouvons ni la marche de la maladie, ni les caractères généraux du délire mélancolique, secondaire à des troubles émotionnels et volontaires le marquant d'une empreinte spéciale.

Ce caractère spécial des idées de persécution peut se rencontrer en dehors de la mélancolie. Ballet au récent Congrès de Blois, et chez une catégorie de malades dont la nôtre semble devoir se rapprocher, de par les autres caractères de ses idées délirantes.

Ces caractères sont habituels aux idées obsédantes. C'est d'abord le caractère d'obsession et d'irrésistibilité des idées de persécution qui s'imposent à l'esprit de la malade et que, malgré tous ses efforts, elle ne peut dominer; puis le caractère paroxystique et angoissant de ces mêmes idées qui surviennent non seulement par accès séparés par des rémissions, mais, au cours de ces accès, par crises paroxystiques s'accompagnant de phénomènes d'angoisse parfois très accentués et que la malade elle-même décrit d'une façon irréfutable. C'est encore le calme relatif, la période de détente qui suit les paroxysmes et pendant laquelle la malade raisonne et discute le mieux son état. C'est enfin la conservation de la conscience qui lui permet justement de raisonner ses idées, d'en reconnaître la fausseté en dehors des paroxysmes, et même à ce moment, tout en les subissant, de pouvoir encore les discuter, à moins qu'elles ne deviennent trop intenses. Il n'y a qu'au début de la maladie, lors du premier accès, que la conscience avait disparu, en laissant toutefois, comme nous l'avons vu, persister le caractère d'angoisse.

La présence constante de ce dernier caractère, au cours de la maladie et dès le début, pourrait peut-être servir à expliquer la teinte particulière des idées de persécution, assez semblables, à celles des mélancoliques. En effet, les idées mélancoliques sont toujours secondaires à un état émotionnel pénible.

Les idées obsédantes sont d'ordinaire la traduction d'une *constitution psychopathique*. Or, M^{me} G... est la fille d'un père emporté, original, joueur et buveur, mort paralysé à 52 ans, et d'une mère cancéreuse qui avait elle-même un frère original et très violent. Cette dame, actuellement âgée de 36 ans, intelligente, n'a eu aucune maladie nerveuse ni autre de l'enfance; elle s'est développée d'une façon précoce; à l'école elle comprenait bien, mais retenait mal. Régée à 12 ans, elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs; mais elle est d'une impressionnabilité extrême: si elle voit une plaie, il lui semble qu'elle va se trouver mal. Elle n'était jamais contente ni d'elle, ni des autres. Elle se lavait les mains, vingt fois par jour, les croyant toujours sales. Cherchant un mot, il fallait qu'elle le trouvât. Mais à cette époque elle n'avait pas d'angoisse. Ce sont là des symptômes atténués mais de même ordre que ceux qui se sont développés plus tard. Il n'y a chez elle ni hystérie, ni alcoolisme. Elle offre une légère asymétrie faciale, ainsi que l'absence de lobule.

La malade est donc une héréditaire, une dégénérée; la moindre cause pouvait suffire à rompre l'équilibre intellectuel.

C'est encore sa constitution particulière qui explique la forme de la maladie mentale. Au début du délire de persécution systématisé, à marche rapide, irrégulière, variété ordinaire aux individus à tare

héréditaire; le caractère angoissant des idées délirantes est un fait qu'on note parfois dans ces cas. Puis après une rémission, fait encore habituel aux héréditaires, les mêmes idées de persécution se présentent sous une nouvelle forme, celle des idées obsédantes et conscientes, si fréquentes chez ces mêmes malades, ainsi que la marche rémittente bien évidente. Par le double aspect qu'elle revêt, l'affection semble constituer un cas mixte, de transition, entre la *Paranoïa rudimentaire* (idées obsédantes) et la *Paranoïa confirmée* (délire systématisé primitif).

Le terrain particulier sur lequel se développent d'ordinaire les idées obsédantes se manifeste le plus souvent par des symptômes neurasthéniques. Ici l'apparition des idées délirantes a été précédé de ces mêmes symptômes, qui ont constitué une période de préparation des troubles délirants. Puis ils ont persisté, se traduisant par un sentiment de courbature générale, douleurs de reins, faiblesse des jambes, céphalalgie en casque. Appétit irrégulier; langue blanche pâteuse, amère; l'estomac, distendu, gonflait après le repas; digestion difficile; rougeurs à la face, somnolence après les repas, renvois acides, gaz fétides, tendance à la constipation, urines parfois abondantes, par moments chargées d'urates, sans albumine ni sucre. Hémorragies menstruelles très abondantes et prolongées; l'appareil génital absolument sain. Amaigrie dès le début, M^{me} G... en quelques semaines son poids diminua de 6 kilogrammes.

Tous ces phénomènes s'amendaient dans les périodes de rémission et les intervalles de calme. Il y avait là, à côté de l'isolement et du traitement moral, une indication : traitement tonique et reconstituant, hydro- et électrothérapie. Puis l'état resta stationnaire et les symptômes délirants ne disparurent qu'après la cessation des troubles dyspeptiques et après avoir relevé la nutrition par l'emploi de la noix vomique, l'antisepsie gastro-intestinale, le lavage de l'estomac, un régime alimentaire approprié et de légers purgatifs.

J. M.

Contribution à l'étude des hallucinations, par PICK (Neur. Centralbl., 1892).

L'auteur donne dans ce travail la relation de quelques cas intéressants d'hallucinations bilatérales ou unilatérales. Successivement il s'occupe des hallucinations consécutives aux altérations des appareils sensoriels, de l'influence psychique dans les hallucinations de l'ouïe et de la vue; les hallucinations auditives cessaient dans un cas cité par l'auteur lorsque l'on bouchait l'oreille droite avec de l'ouate : la malade racontait que depuis longtemps elle n'entendait

plus de l'oreille gauche. Enfin des hallucinations unilatérales; elles sont moins rares qu'on ne se l'imagine.

J. D. B.

*Contribution à l'étude du délire du collapsus, par ASCHAFFENBURG
(Journ. de méd. de Bruxelles, 1892).*

Weber, en 1866, a défini et différencié le délire du collapsus des autres formes morbides mentales; il rentre dans la classe des psychoses asthéniques, des psychoses par épuisement de Krœpelin.

Le délire du collapsus s'élève à la suite de maladies graves, altérant profondément l'organisme, surtout donc après les maladies aiguës. Le malade est pris d'agitation motrice, les idées roulent et se succèdent sans suite; le malade parle en vers. Le désordre intellectuel devient monomanie; les réponses n'ont que peu de rapport avec les questions qui les ont provoquées, parfois ne s'y rapportent d'aucune façon; l'humeur est changeante; le malade est en proie à des hallucinations et à des illusions; il dort et se nourrit mal.

Dans certains cas, les forces s'affaiblissent de plus en plus, le collapsus s'accroît et la mort survient. Ordinairement les malades guérissent; au bout de quelques jours, l'intelligence devient lucide tout à coup, la guérison s'établit. Parfois, la maladie a une durée plus longue; à la période de délire de collapsus succède une période de démente aiguë qui précède la convalescence.

Le délire de collapsus offre de nombreux points de ressemblance avec le *delirium tremens* et le délire traumatique (Rose). Le désordre de l'intelligence est moins profond; il n'existe pas d'idéorrhée dans ces affections; on les distingue ainsi du délire de collapsus, qu'il faut se garder encore de confondre avec les accès de fureur maniaque des épileptiques et avec le délire raisonnant postépileptique. Les accès maniaques des paralytiques généraux s'en différencient par la concomitance de symptômes somatiques avec les symptômes psychiques: leurs mouvements sont plus uniformes, leur délire est mêlé de plus d'idées de grandeur; les hallucinations sont moins fréquentes. L'amentia a pour cause des lésions chroniques, souvent constitutionnelles; le délire est plus lucide; l'état de la nutrition générale est meilleur. Cependant, entre l'amentia et le délire du collapsus, il existe des formes de passage qui doivent encore être étudiées.

Comme traitement du délire du collapsus: une alimentation abondante; au besoin même, l'alimentation par la sonde; du lait, du cognac. Comme hypnotique, la paralaldéhyde; les autres narcotiques sont moins avantageux. Bains prolongés pour calmer l'agitation motrice.

J. D. B.

Des troubles de la motilité dans la neurasthénie, par PITRES
(Ass. p. l'avanc. des Sciences; 1892).

Comme la neurasthénie, l'hystérie peut donner lieu à des troubles de la motilité, dont le plus fréquent est le *tremblement*.

Ce tremblement siège surtout aux membres et particulièrement dans les membres supérieurs. Nul ou à peine appréciable quand les membres sont pendants, il devient très évident quand ils sont placés horizontalement dans l'attitude du serment. Les oscillations sont brèves, rapides, vibratoires, avec une amplitude qui varie de 1 à 4 millimètres. Il présente le caractère du tremblement dit alcoolique, ou mieux du tremblement décrit par Marie (Études sur le goitre exophtalmique). Il s'exagère sous l'influence des émotions morales, des fatigues physiques, des excès de toute sorte. Il devient également plus marqué pendant les accès de neurasthénie aiguë; le plus souvent il persiste, quoique atténué, dans les intervalles de ces accès, de telle sorte qu'il peut être considéré comme le stigmate de la neurasthénie actuelle ou en puissance. On l'observe dans plus de la moitié des cas de neurasthénie pure ou associée à d'autres névroses.

Les autres troubles de la motilité sont moins fréquents; ils peuvent être considérés comme des épisodes accidentels de la névrose.

P. a constaté deux fois, chez des neurasthéniques invétérés, des secousses musculaires involontaires, irrégulièrement disséminées sur les muscles du tronc et des membres, de façon à donner l'apparence du *paramyoclonus multiplex*. Chez d'autres malades, ce sont des crampes qui constituent le symptôme prédominant.

Les spasmes rythmiques du cou, de la langue, l'œsophagisme sont parfois en rapport évident avec la neurasthénie. Il en est de même de l'astasia-abasie, que presque tous les auteurs considèrent à tort comme un syndrome hystérique, et de la claudication intermittente.

L'instabilité de l'équilibre dans la position verticale, n'est pas davantage un symptôme pathognomonique de l'ataxie locomotrice; elle se montre avec des caractères très nets dans un certain nombre de cas de neurasthénie franche.

P. signale encore parmi les symptômes moteurs : l'abolition des réflexes rotuliens et l'absence de la réaction pupillaire aux efforts d'accommodation, coïncidant avec la conservation des réactions sous l'influence de l'excitation lumineuse.

Tous ces symptômes peuvent être de simples manifestations neurasthéniques, et il importe de le savoir pour éviter des d'erreurs de diagnostic et de pronostic, et pour bien diriger le traitement.

Paralysie faciale hystérique systématisée, par G. BALLET
(Soc. méd. des Hôpit., 1892).

Une jeune femme hystérique fut prise, le 11 septembre dernier, sans cause appréciable, d'un engourdissement dans le bras droit. Cet engourdissement gagna le membre inférieur correspondant et s'accompagna d'une perte totale de la parole.

Trois jours après, cette malade vint à l'asile Sainte-Anne : elle présentait alors une aphasie hystérique typique avec mutisme et aphonie, sans surdité ni cécité verbales, mais, phénomène rare dans l'aphasie hystérique, elle était, en outre, agraphique. De plus, il existait chez elle une paralysie faciale manifeste du côté droit.

Au bout de quelques jours, tous les accidents s'améliorent : l'agraphie disparut la première, l'aphasie ensuite et actuellement on ne constate plus qu'un certain trouble de la parole et une paralysie faciale du côté droit, sans asymétrie du visage ; le phénomène intéressant de cette paralysie, c'est qu'elle ne se manifeste qu'à l'occasion des mouvements nécessaires à l'articulation des mots. Tous les autres mouvements des lèvres ou de la langue (rire, siffler, souffler, etc.) s'accomplissent aussi bien du côté droit que du côté gauche. Seul l'articulation de la parole ne s'exécute qu'avec la moitié gauche des lèvres.

Il s'agit donc d'une paralysie hystérique systématisée, caractère qui permet de la rapprocher du phénomène connu sous le nom d'astasia-abasia. On pourrait dire que cette malade est abasique de la face. A lui seul, ce caractère permet d'affirmer qu'il s'agit d'une paralysie hystérique.

J. M.

Paralysie hystérique systématique : paralysie faciale hystérique, par BABINSKI (Soc. méd. des Hôp., 1892).

I. Chez ce malade d'une part les mouvements unilatéraux de la lèvre supérieure et de la commissure sont normaux du côté gauche et abolis du côté droit, et, d'autre part, dans l'acte de parler, de siffler, les deux côtés de la face fonctionnent à peu près de la même façon.

II. Le malade est atteint d'hémiplégie et d'hémi-anesthésie droites d'origine hystérique ; la langue est déviée à droite et la commissure droite semble abaissée : on a là les apparences d'une hémiplégie faciale droite, et pourtant les mouvements unilatéraux de la face peuvent être exécutés bien plus facilement à droite qu'à gauche.

III. Malade atteint d'hémiplégie et d'hémi-anesthésie gauches, de nature hystérique. La commissure gauche est abaissée ; la langue

est déviée à gauche; les mouvements unilatéraux de la face sont presque abolis à gauche, normaux à droite.

Quand le malade souffle, le côté droit de la bouche seul se distend; les lèvres de la joue du côté gauche adhèrent aux parties profondes et il est très difficile de les en séparer par traction.

L'étude comparée de ces trois malades soulève plusieurs questions intéressantes : Il faut tout d'abord remarquer que l'aspect de la paralysie faciale hystérique peut se modifier notablement non seulement d'un jour à l'autre, mais même pendant le cours d'un examen. C'est ce qui s'est produit chez le premier malade. En second lieu, l'hémiplégie faciale hystérique peut s'accompagner d'un spasme musculaire du côté opposé ou même seulement d'un spasme de la langue. Enfin, l'abaissement d'une des commissures est-elle réellement un phénomène d'ordre paralytique, dû à une faiblesse relative de tonicité musculaire ou bien n'est-il pas sous la dépendance d'un phénomène actif, d'une contracture des muscles du côté correspondant à la commissure la plus élevée?

B., se basant sur les faits observés, adopte la seconde hypothèse.

En ce qui concerne le diagnostic de la paralysie faciale hystérique, il est facilité par l'existence de quelque singularité étrangère à l'histoire clinique de l'hémiplégie faciale de cause organique.

J. M.

État épileptique, par TROWBRIDGE et MAYBERRY (*Centralbl. f. klin. Med.*, 1892).

Après une description clinique de l'état épileptique et la relation de douze observations personnelles, les auteurs exposent les résultats de leur traitement.

Leur thérapeutique avait pour objet, dans la première période, d'arrêter les convulsions, dans la seconde, de combattre le collapsus.

En ce qui concerne la première période, l'éther et le chloroforme n'ont eu que des effets passagers. Les convulsions ne cessent pas à l'apparition de l'anesthésie chirurgicale et se reproduisent avant que la conscience revienne.

Le chloral administré par le rectum a échoué aussi souvent qu'il a réussi. Le chloral et le bromure de potassium n'ont pas donné de résultat satisfaisant. Le nitrite d'amyle s'est montré impuissant.

Dans un seul cas, la morphine associée à la narcose par l'éther a réussi, une seule fois, tandis qu'elle a échoué dans bien des cas.

L'atropine est dangereuse parce que la dose nécessaire pour agir sur les convulsions, détermine de la faiblesse cardiaque.

Le bromhydrate d'hyoscine exerce une influence bienfaisante

dans tous les cas où une affection du cœur et des voies respiratoires ne commande pas la prudence; par voie sous-cutanée, il amène immédiatement le sommeil et la suspension des convulsions pendant deux à huit heures.

Au réveil, les convulsions reparaissent : il faut donc administrer à diverses reprises le médicament, ce qui n'est pas sans danger, étant donnée la durée de l'état épileptique. Le salicylate de physostigmine est resté inefficace.

Les auteurs attendent les meilleurs résultats du bromhydrate de de conine qui, associé à de faibles doses de morphine et administré par voie sous-cutanée, réussirait dans tous les cas.

Pour combattre le collapsus, les auteurs ont recours à l'atropine, à la digitaline, au sulfate de quinine à l'introduction par la sonde, de lait, d'œufs et à d'autres stimulants ou roborants. X. F.

Note sur un nouveau cas d'asphyxie locale des extrémités avec lésions congénitales de la peau chez un épileptique, par FÉRÉ et BATIGNE (*Revue de méd.*, 1892).

L'observation mérite l'attention au double point de vue de la théorie de l'épilepsie dite essentielle et du diagnostic différentiel de l'asphyxie locale des extrémités d'avec quelques autres lésions d'apparence similaire.

Il s'agit d'un épileptique de 19 ans, d'une émotivité excessive, atteint d'asphyxie locale des extrémités, ainsi que d'autres troubles vaso-moteurs. Chaque matin, au réveil, il éprouve un engourdissement avec fourmillements des doigts, qui sont complètement décolorés. Cet état dure habituellement de dix à quinze minutes; mais, sous l'influence du froid, il peut se prolonger pendant plus d'une heure et se reproduire dans la journée. Le frottement et le travail soulagent le malade. Aux pieds, ce même phénomène ne se produit que pendant l'hiver et le matin seulement.

Outre ces symptômes d'asphyxie locale des extrémités, le malade présente à la surface du corps des plaques qui tranchent à peine sur la coloration de la peau lorsqu'on vient de découvrir celle-ci, mais qui deviennent très apparentes sous l'influence de l'émotion, quand le malade est mis complètement à nu, quelle que soit la température ambiante. Ces plaques, dont la coloration varie du rose au violacé suivant les circonstances, sont permanentes et existent dès l'enfance. Ce sont des angiomes cutanés (*nævus vascularis planus*). On trouve, en outre, chez le malade, de nombreuses taches de lentigo et un petit *molluscum pendulum* sur le devant du thorax.

La coïncidence chez ce sujet de troubles vaso-moteurs paroxystiques et de troubles convulsifs et émotionnels, est envisagée par Féré et Batigne comme un argument en faveur de la théorie angio-neurotique de l'épilepsie et des émotivités morbides.

Les lésions permanentes de la peau observées chez ce malade constituent, d'après les auteurs, des lésions de développement qui doivent être rapprochées des stigmates physiques de dégénérescence. Pour ce qui concerne les plaques vasculaires, elles pourraient être confondues avec des plaques d'asphyxie disséminées, en raison de leur coexistence avec la maladie de Reynaud; mais leur origine congénitale, leur permanence, la fixité de leurs limites et la présence d'autres nævi montrent bien qu'il s'agit d'angiomes.

Sur la toxicité urinaire des épileptiques, par CH. FÉRÉ (Soc. de biologie, 1892).

Voisin a émis l'opinion que si les conclusions des recherches de F. sur la toxicité des urines des épileptiques étaient opposées aux siennes, que cela tenait à ce que F. n'avait pas fait ses expériences avec des urines de vingt-quatre heures.

Les expériences de F. ont été rapportées avec des détails tels, qu'il est possible de reconstituer des nycthémères dans plusieurs cas. Les résultats n'en restent pas moins diamétralement opposés à ceux de Voisin, puisque il trouve une augmentation de la toxicité avant le paroxysme convulsif et pendant l'excitation psychique.

Il tenait d'autant plus à relever cette contradiction, que Voisin voudrait faire de la toxicité des urines un caractère diagnostique. F. croit qu'il faut attendre, pour le suivre, des faits plus circonstanciés et plus concordants.

J. M.

Chorée néphrétique, par L. THOMAS (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1892).

Th. relate un cas de chorée de Sydenham liée à la néphrite chez un garçon de 14 ans. Le malade avait eu, il y a quelques années, une scarlatine sans phénomènes d'hydropisie consécutifs. Neuf mois avant l'apparition de la chorée, l'urine du malade ne contenait pas d'albumine et l'état général était bon. Un traitement arsénical n'ayant pas été toléré, on dut se borner aux toniques. Quelques semaines après le début des accidents choréiques, le malade fut pris d'anasarque et on put constater alors dans ses urines la présence de l'albumine et de nombreux tubes hyalins. Il n'y avait pas de fièvre; le pouls était un peu accéléré, le second claquement aortique légère-

ment renforcé et on entendait parfois, et seulement pendant les accélérations des battements du cœur, un léger bruissement au premier temps; mais il n'y avait ni dyspnée, ni douleurs à la région cardiaque, ni augmentation de la matité du cœur, en un mot aucun signe d'une affection cardiaque organique. Par le repos au lit, le régime lacté, la diurétine et les bains chauds, les œdèmes et l'albuminurie diminuèrent rapidement; on vit en même temps s'amender, puis cesser complètement les mouvements choréiques.

Bien que l'urine n'ait pas été examinée tout au début des symptômes choréiques, l'auteur croit cependant que la chorée est apparue en même temps que la néphrite, à laquelle elle était intimement liée, et qu'elle a été la conséquence d'un trouble des centres de coordination sous l'influence des toxines urinaires. Une intoxication analogue explique l'apparition fréquente de la chorée à la suite des affections rhumatismales et des maladies infectieuses.

J. M.

De quelques formes rares de la chorée, chorée chronique héréditaire, par H. SCHLESINGER (*Centralbl. f. klin. Med.*, 1892).

1. Chez une femme de 38 ans, la chorée débuta il y a trois ans et augmenta continuellement d'intensité. Le père de la patiente était atteint du même mal; pendant un séjour de trois mois à la clinique de Nothnagel, on observa souvent des changements d'humeur tout à fait immotivés. On institua, mais en vain, le traitement arsénical qui fut continué d'une manière systématique.

2. Chez un homme de 50 ans, le mal avait commencé depuis deux ans; depuis un an, troubles de la parole, affaiblissement de la mémoire. Son père et une sœur de ce dernier, deux frères et une sœur du malade présentaient de la chorée; deux sœurs et un frère sont indemnes; un enfant du patient est atteint d'épilepsie, cinq sont enfants bien portants.

3. Un homme de 70 ans fut pris de chorée et en mourut; trois membres de sa famille avaient eu la chorée dans leur jeunesse (12 à 14 ans). Un oncle et un aïeul avaient succombé à cette maladie; dans la famille, nombreuses neuropathies et psychoses. Chez quatre choréiques de cette famille, le traitement arsénical longtemps continué demeura sans effet.

Des observations relatées, il est facile de conclure que la maladie dont il s'agit, diffère en plusieurs points de la chorée de Sydenham. Avant tout, il faut relever le début tardif; de plus le sexe mâle est plus souvent frappé que le sexe féminin. Les muscles de l'œil restent indemnes; dans la plupart des cas, surviennent des troubles de la parole.

Les réflexes sont fort exagérés; dans un stade avancé, la marche est gênée; parfois, on rencontre des troubles de la sensibilité.

Il faut remarquer que les troubles de la parole, de la marche, de la sensibilité se présentent aussi parfois dans la chorée de Sydenham.

Dans la chorée héréditaire, les mouvements volontaires diminuent parfois les secousses, du moins à une phase avancée de la maladie. Mais ce qu'il y a de plus frappant, dans cette forme de chorée, c'est l'affaiblissement des fonctions psychiques qui rend le pronostic très sévère.

Comme cause occasionnelle, on signale parfois les émotions psychiques. Il arrive que la maladie débute et évolue sans cause appréciable; parfois, elle survient à la suite d'un accouchement ou d'un rhumatisme articulaire, ou encore d'une endocardite. Généralement, la maladie se transmet des parents aux enfants; parfois, la descendance est affectée d'autres maladies nerveuses graves. La chorée saute parfois une génération. S. arrive à conclure qu'il existe une chorée héréditaire, qui résulte d'ordinaire de la transmission de génération à génération, qui est parfois remplacée dans une génération par de l'hystérie grave, qui a une marche progressive et qui n'est pas influencée par le traitement arsénical. X. F.

Sur le paramyoclonus multiplex, par SCHLESINGER (Wien. medic. Colleg., 1892).

Une malade, âgée de 27 ans, est atteinte de spasmes cloniques dans les muscles symétriques du cou, de la langue, du larynx, du diaphragme, des bras, des épaules et des cuisses. Ces spasmes sont instantanés et ne se montrent pas simultanément dans les muscles symétriques d'une même région. Les convulsions du diaphragme se traduisent par un trouble spécial de la respiration, celles du larynx et de la langue par une sorte de bégayement. Il n'y a pas de coprolalie ni d'écholalie, mais la malade prononce de temps en temps les deux mêmes mots « eben » et « also ». Les muscles de la face et des mains ne sont pas atteints. Pendant le sommeil ou lorsque la malade est occupée à travailler, les convulsions cessent ou diminuent. L'excitabilité mécanique des muscles et des nerfs est intacte. Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés. La sensibilité est intacte. S. pense qu'il s'agit ici du paramyoclonus multiplex de Friedreich. On pourrait penser à la maladie des tics, mais dans cette affection les muscles de la face ne sont pas indemnes; de plus, la cessation des convulsions pendant le travail n'est pas en faveur de ce diagnostic. L'absence de tout trouble psychique indique du reste qu'il ne s'agit

ni d'une chorée ni de la maladie des tics. Le caractère des convulsions exclut également l'idée d'une chorée électrique, de la paralysie agitante et de l'athétose double. La maladie n'est pas hystérique et elle est atteinte de cette affection depuis treize ans. Il y a un an, elle fut atteinte d'une double cataracte paraissant avoir quelque rapport avec les accidents actuels, car il n'existe chez elle ni glycosurie ni albuminurie.

J. M.

Coexistence du tabes dorsal et de la paralysie agitante, par
M. S. PLACZEK (*Deutsche medic. Wochens.*, 1892).

L'observation de l'auteur paraît être le premier cas dans lequel l'existence simultanée chez le même malade de l'ataxie locomotrice et de la maladie de Parkinson ait été bien constatée. En effet, d'après P., Heimann serait le seul jusqu'ici qui ait décrit un cas d'association du tabes avec la paralysie agitante; mais dans ce cas le diagnostic de paralysie agitante était douteux, car les symptômes de cette affection se bornaient à un tremblement permanent de la lèvre inférieure auquel venait s'ajouter un tremblement des bras dès que l'attention était fixée sur le malade.

Dans l'observation de P. les symptômes des deux affections concomitantes, tabes et maladie de Parkinson, étaient très nets.

Le malade observé par l'auteur, âgé de 52 ans, avait eu, il y a vingt ans, un chancre induré sans manifestations syphilitiques secondaires. Dix ans plus tard survinrent des douleurs fulgurantes, suivies d'impuissance sexuelle, de diplopie et de troubles de la miction. Trois ans après le début de ces phénomènes tabétiques se produisirent des secousses rythmées dans les membres inférieurs et le corps prit l'attitude si caractéristique de la maladie de Parkinson.

Le tronc est légèrement incliné en avant. La tête est fortement abaissée vers la poitrine, et ses mouvements sont limités par suite de la rigidité musculaire. Les bras sont immobilisés dans la flexion, les mains se trouvent dans la position de l'action d'écrire. Les genoux, modérément fléchis, sont rapprochés l'un de l'autre. La face présente un masque immobile, rigide. Pendant la marche, qui est difficile, on n'observe pas de propulsion caractéristique, mais on provoque une rétropulsion si on tire un peu le malade par ses habits.

Il s'agissait donc bien d'une paralysie agitante. L'existence du tabes était mise hors de doute par certains phénomènes caractéristiques, tels que signes de Romberg, d'Argyll Robertson, de Westphal, etc. Tous ces symptômes démontrent la coexistence de l'ataxie locomotrice et de la paralysie agitante.

De la signification de la dépression pariéto-occipitale, par
MINGAZZINI (*Rivista sper. di Fren.*, 1892).

916 crânes d'individus normaux, 145 crânes d'aliénés ont été examinés par l'auteur. Il s'est appliqué à rechercher une anomalie signalée par Kelp en 1872; la proéminence de l'écaille de l'occipital au dessus des pariétaux. On en cite trois variétés :

1° Dépression des pariétaux (*depressio prælambdoïdea*).

2° Proéminence de l'écaille de l'occipital (*prominentia squamæ occipitis*).

3° Combinaison des variétés 1 et 2.

Résultats obtenus par l'auteur :

A) Crânes d'individus non aliénés :

1° Absence des trois variétés dans 75,8 % des cas; 2° variété 1 12,2 %; 3° variété 2 10 %; 4° variété 3 1,8 %.

B) Crânes d'aliénés :

1° Absence des trois variétés 43,4 % des cas; 2° variété I 14,6 %; 3° variété II 35 %; 4° variété III 7,3 %.

La dépression pariéto-occipitale est donc beaucoup plus fréquente chez les aliénés; l'auteur en conclut que chez eux les troubles circulatoires des os du crâne sont beaucoup plus fréquents pendant la période de développement.

Il ne peut admettre l'opinion de Schnep qui prétend que la fossette préambdoïdienne est caractéristique de l'idiotisme et du crétinisme, car on la raconte fréquemment chez les individus normaux et chez les aliénés dont l'affection n'a aucun rapport avec l'idiotisme; d'autre part aucun des auteurs qui ont traité de la microcéphalie n'en fait mention. L'existence de la fossette préambdoïdienne est surtout fréquente chez les mélancoliques (44 % des cas), soit dans 10 % de cas en plus que dans les autres formes d'aliénation mentale.

J. D. B.

Contribution à l'étude du délire hallucinatoire d'origine cocaïnique, par FR. DETLEFSEN (*Dissert. inaug.*, Berlin, 1892).

Un pharmacien de 43 ans, qui avait eu la syphilis et avait fait des excès de boissons, éprouva des contrariétés diverses, réelles ou sans fondement et se mit à s'administrer de la cocaïne espérant y trouver un soulagement à sa douleur morale. Cet agent lui fit du bien au début mais pour continuer à en ressentir les effets, le malade dut en augmenter progressivement la dose; finalement il en prit de 1 à 1 1/2 gramme par jour.

L'intoxication se manifesta d'abord par de l'irritabilité, de la

mauvaise humeur; puis surgit une méfiance morbide, des hallucinations dans tous les organes des sens, et lorsque le malade eut prit des doses particulièrement fortes, du délire avec des accès de fureur et de violences; en même temps la parole et l'écriture devenaient lentes; le malade tirait de faits bien nets des conclusions erronées, puis survinrent des idées de persécution; le malade considérait ses persécuteurs comme la cause de ses hallucinations: elles étaient dues à des manœuvres hypnotiques dont il était le victime. Pas d'impotence sexuelle ni de troubles de la mémoire.

J. D. B.

Un cas de cocaïnisme, par PERCY SMITH (*Journ. of ment. Science*, 1892).

La malade souffrant d'un ulcère de l'estomac, prenait de la cocaïne depuis huit mois lors de son entrée volontaire à l'asile; la dose la plus forte qu'elle ait prise était de 2 grammes.

Dans les six premières heures après l'administration de la cocaïne, la malade savait écrire et coudre en pleine tranquillité. Puis peu à peu survenaient les symptômes suivants: faiblesse et ataxie des membres inférieurs, impuissance à fixer les idées, agitation, inappétence, sécheresse de la bouche, difficulté de déglutition, insomnie et enfin hallucinations. Elle voit et entend parler dans sa chambre des gens qu'elle ne connaît pas; elle leur parle et plaisante jusqu'à ce que les paroles qu'elle prononce la tire de son état de somnolence cérébrale. L'accès terminé, la malade a conscience des hallucinations qu'elle a éprouvées.

Lors de son entrée à l'asile, l'intelligence et la mémoire de la malade étaient intactes; l'humeur n'était pas modifiée. Elle ne présentait aucun symptôme en dehors de ceux sus-indiqués; elle ne montrait pas d'exagération des appétits sexuels.

Elle quitta l'asile après un séjour de quatre mois, complètement guéri.

J. D. B.

Intoxication par l'iodoforme, par P. NÄCKE (*Centralbl. f. Nervenheilk. und Psych.*, 1892).

N. relate des troubles psychiques dont lui-même a été atteint à la suite d'une intoxication par l'iodoforme. En raison d'un eczéma généralisé aigu, il avait d'abord employé des enveloppements avec une solution de sublimé, puis des applications d'iodoforme; en tout, il avait consommé environ 10 grammes de cette substance.

Huit à dix jours plus tard se produisit brusquement un trouble profond de la conscience qui dura quatre jours et pendant lequel

tous les souvenirs, toutes les images disparurent presque complètement; il ne se rappelait pas ni ce qu'il venait de faire, ni ce qu'il venait de dire; par exemple, il ne reconnaissait pas sa femme, ne savait pas où il était et répétait constamment les mêmes questions. En outre, il existait une espèce de paraphasie, de sorte que souvent, il proférait des mots tout à fait différents de ceux qu'il voulait employer. Parfois, certains mots déterminaient par association toute une série d'images formant une sorte de rêve. Il y avait des changements d'humeur fréquents.

Le trouble de la conscience disparut progressivement tandis que l'état général qui était fort déprimé se releva d'une manière rapide.

La mémoire et l'intelligence demeurèrent encore longtemps atteintes : il ne se rappelait plus même les formules les plus simples et il lui était difficile de saisir le sens de ce qu'il lisait.

La mémoire des faits récents redevint pourtant bientôt normale et la paraphasie disparut. Longtemps encore, il conserva une grande instabilité d'humeur.

En même temps, se présentaient des manifestations neurasthéniques : insomnie grave, idées hypocondriaques, léger tremblement des mains, palpitations à la suite de conversations ou d'exercices musculaires prolongés; il éprouvait la saveur et l'odeur désagréable de l'iodoforme.

Les signes neurasthéniques disparurent rapidement : à l'odeur de l'iodoforme se substitua une odeur balsamique indéterminée, puis une odeur d'éther.

À la suite d'une cure dans un sanatorium, la mémoire et l'intelligence se rétablirent progressivement, mais six semaines encore après le début des accidents, N. ne parvenait pas à se rappeler certains faits de sa vie passée. Le tremblement des mains persista le plus longtemps. Après quatre mois et demi environ, la guérison était quasi achevée. N. attribue les symptômes psychiques qui semblaient indiquer une paralysie de certaines parties du cerveau à la formation d'iodalbumines dans la substance cérébrale; au fur et à mesure de leur élimination, les troubles psychiques disparurent. N. considère les sensations d'odeur et de saveur d'iodoforme comme de nature périphérique et déterminées par l'élimination du médicament.

X. F.

Action des toxiques sur l'excitabilité des muscles et des nerfs périphériques, par GRIGORESCU (2^e Congrès de Physiol. tenu à Liège en 1892).

G. a fait une analyse graphique comparative de l'action physiologique des substances toxiques sur l'excitabilité du sciatique, du

gastrocnémien et de la sensibilité de la patte correspondante de la grenouille. Les substances médicamenteuses ont été administrées par la méthode hypodermique à la dose maximum; l'outillage instrumental a été celui de Marey pour l'étude des muscles.

Sous l'influence d'un courant induit prolongé (d'intensité suffisante pour produire une seule contraction musculaire et lancé successivement dans les trois systèmes indiqués), ces substances toxiques ont donné deux groupes de caractères fondamentaux : les unes des courbes identiques pour les trois systèmes (concordance), comme à l'état normal, et les autres des courbes à caractères variables pour les trois systèmes (discordance).

Les substances à caractères discordants présentent cinq types principaux : 1° excitabilité musculaire très diminuée et conservation de l'excitabilité des nerfs moteurs et sensitifs (papavérine, solanine et buthyl-chloral); 2° excitabilité des nerfs fort diminuée, celle des muscles conservée (curare, strychnine et thébaïne); 3° excitabilité sensitive supprimée, celle des muscles diminuée et celle des nerfs moteurs conservée (opium et narcéine); 4° excitabilité musculaire diminuée, excitabilité sensitive conservée et celle des nerfs moteurs accrue (codéine); 5° excitabilité musculaire diminuée, celle des nerfs moteurs conservée et celle des nerfs sensitifs accrue (daturine, etc.).

Les expériences ont été poursuivies de la manière suivante :

Si ces phénomènes de concordance et de discordance sont des vrais caractères de l'action physiologique de ces substances, la mise en présence de deux d'entre elles ayant une action discordante contraire devrait amener une opposition réciproque et la neutralisation des effets toxiques. Ce principe a été vérifié, en opposant le buthylchloral à la strychnine, qui ont des discordances contraires. Des grenouilles intoxiquées par la strychnine à la dose de 1, 2 et même 5 milligrammes ont été guéries par cette nouvelle méthode.

Si l'expérimentation donnait une vérification générale de ce principe, une nouvelle voie plus précise serait ouverte à l'étude de l'action physiologique des différentes substances médicamenteuses : la classification physiologique des substances médicamenteuses et la toxicologie subiraient des modifications fondamentales.

J. M.

Action de certains agents thérapeutiques sur le système nerveux central, par KRÄPELIN (Arch. f. Psych., 1892).

L'auteur administre au sujet en expérience l'un ou l'autre médicament, note le temps nécessaire pour parfaire un travail psychique, fait la comparaison avec ce qui se passe à l'état normal et conclut.

Il y a lieu de distinguer dans ces essais le travail cérébral, psychique d'une part, l'extériorisation par sa transformation en mouvement d'autre part (motilité).

L'alcool détermine un ralentissement persistant des processus intellectuels; la motilité s'accélère pendant 20 à 30 minutes au maximum. A doses fortes il paralyse la motilité.

Éther, chloroforme, nitrite d'amyle. — Leurs effets se rapprochent de ceux de l'alcool. A petites doses ils déterminent de la paralysie sensorielle et intellectuelle et de l'excitation dans la sphère motrice; à doses fortes, l'excitation fait place à de la paralysie. Des quatre agents étudiés le nitrite d'amyle est celui qui détermine l'excitation motrice la plus marquée et les troubles intellectuels les plus faibles.

Paraldéhyde. — Mêmes effets que l'alcool, mais les troubles intellectuels sont beaucoup plus prononcés et se produisent avec beaucoup plus de rapidité.

Hydrate de chloral. — A petites doses déjà, il paralyse à la fois l'intelligence et le pouvoir moteur.

Thé. — Ses effets sont absolument différents de ceux de l'alcool. Il facilite considérablement et pendant longtemps le travail intellectuel et sensoriel sans qu'il s'ensuive aucune espèce de paralysie. Peut-être le pouvoir moteur central est-il affaibli; néanmoins le travail musculaire est rendu plus aisé par suite de la facilité plus grande avec laquelle travaillent les organes périphériques.

Morphine. — Elle stimule d'abord le travail intellectuel et sensoriel; mais cette première période est de très courte durée et suivie d'une période de paralysie motrice de plus en plus marquée.

Ces effets sont caractéristiques de tous les poisons qui, pris d'une manière continue et sans nécessité thérapeutique, déterminent une modification du caractère de ceux qui en font usage. L'alcool, l'éther, le chloroforme, l'hydrate de chloral, la paraldéhyde, la morphine produisent tous, à des degrés divers, cette paralysie permanente de la volonté, cette paralysie motrice centrale aiguë.

L'abus du thé peut déterminer l'éclosion de symptômes neurasthéniques chez celui qui en abuse, mais jamais il ne déterminera ces troubles de la sensibilité morale que l'on observe dans les intoxications chroniques par l'alcool et ses congénères.

J. D. B.

De l'électrisation céphalique, par LETOURNEAU (*Ann. de psych. et d'hypnot.*, 1892).

La contraction, obtenue par l'excitation directe d'un vaisseau, se produit aussi par l'électrisation des filets nerveux sympathiques

(nerfs vaso-moteurs) se terminant dans la paroi vasculaire. L'irritation des nerfs vaso-moteurs provoque la contraction vasculaire; leur section qui produit la paralysie, est suivie de la dilatation des vaisseaux. On peut donc produire l'anémie ou la congestion d'un organe, si celui-ci est assez isolé au point de vue de sa circulation.

Mais toutes les artères ne sont pas également douées sous le rapport de la contractilité; les unes sont pauvres, les autres sont riches en fibro-cellules musculaires. Les plus contractiles sont celles qui sont chargées d'alimenter des organes très vasculaires, à circulation très active (glandes, cerveau).

C'est l'étude des nerfs vaso-moteurs de la tête, savoir, du cordon cervical et du ganglion cervical supérieur, qui a servi de base aux travaux modernes sur la physiologie des nerfs vaso-moteurs. On sait que la section du sympathique cervical et mieux encore l'arrachement du ganglion supérieur, d'où partent la plupart des nerfs vaso-moteurs de la tête, provoque le resserrement de la pupille; les fibres radiées de l'iris sont alors paralysées; en même temps, il se produit une congestion de l'oreille. Cette congestion s'accompagne d'une notable élévation de température dans les organes, dont la circulation est ainsi troublée (10 à 15 degrés en plus). Enfin, des phénomènes circulatoires et thermiques identiques résultent de la section du sympathique, dans la pie-mère, dans l'hémisphère cérébral du même côté. De plus, tous ces phénomènes disparaissent quand on excite le bout central du nerf sectionné. Alors la pupille se dilate, la pie-mère devient exsangue, la température s'abaisse. On peut ainsi dissiper une violente congestion de la conjonctivite, préalablement occasionnée par l'instillation d'une goutte d'ammoniac dans l'œil du côté lésé. Ces faits ont une portée médicale considérable : cette irrigation sanguine du cerveau et de la tête, pouvant être augmentée ou diminuée à volonté, est la condition essentielle du fonctionnement cérébral. Si l'anémie cérébrale n'est point l'unique condition du sommeil, elle l'accompagne pourtant d'habitude. Mosso a établi que tout fonctionnement de la vie de conscience a pour condition une congestion cérébrale et une anémie périphérique. Enfin, Brown-Séquard a ressuscité la tête décollée d'un chien en y faisant circuler un sang vivifiant et oxygéné.

Si on pouvait diminuer ou augmenter méthodiquement l'afflux du sang artériel dans la trame du cerveau, nous posséderions un puissant moyen d'action sur la vie de conscience. Non pas, que la vie cérébrale dépende uniquement du courant sanguin; car les cellules conscientes ont leur individualité biologique; mais, au sein des cellules cérébrales, l'équilibre dépend, pour une large part, du volume, de la vitesse du courant sanguin parcourant les capillaires, et, en

modifiant l'alimentation sanguine on modifie sûrement la vie de conscience.

Les courants électriques traversent sans peine les tissus vivants. S'il est vrai que les courants se diffusent, pourtant les faits principaux s'obtiennent encore. Les médecins électriciens s'adressent, à travers les téguments, au ganglion cervical supérieur, pour combattre, chez l'homme, certaines affections du globe oculaire.

Voici le résumé des expériences faites par L. avec l'appareil à courant continu de Trouvé.

1° Une chienne de moyenne taille étant liée sur le dos afin de pouvoir surveiller les troubles cardiaques, on implante, à travers la paroi thoracique, une aiguille munie d'un pavillon indicateur dans la paroi ventriculaire.

L'électrode positive est appliquée sur la nuque de l'animal au-dessous de l'occipital. L'électrode négative est placée derrière l'angle gauche du maxillaire inférieur (ganglion supérieur cervical); le courant est fermé, d'abord à dix éléments, en augmentant graduellement, dix par dix, jusqu'à quatre-vingts. Dans ces conditions, on agit sûrement sur le pneumogastrique; aussi les battements du cœur se ralentissent peu à peu et deviennent très irréguliers; mais il n'y a pas de syncope. La pupille se contracte lentement pendant le passage du courant, graduellement augmenté, comme si le nerf oculomoteur commun était excité. Puis l'interruption de ce courant continu de quatre-vingts éléments détermine :

a) Une sorte de contraction tétanique du cœur, se manifestant par un tremblement continu de l'aiguille indicatrice.

b) A chaque interruption, les yeux, surtout l'œil gauche, deviennent exophtalmiques, indice de l'existence chez le chien du muscle orbitaire à fibres lisses chez le lapin albinos. En outre, la pupille se dilate énormément, jusqu'à disparaître presque.

Le fond de l'œil droit étant examiné en ce moment à l'ophthalmoscope, on constate que chaque interruption du courant détermine une forte contraction des vaisseaux rétiniens, qui s'effacent pour ainsi dire. L'interruption d'un courant de dix éléments provoque encore les mêmes phénomènes, mais moins accusés.

2° L'expérience ci-dessus rapportée est renouvelée le lendemain sur le même animal et donne les mêmes résultats. Sous l'influence des interruptions, les deux pupilles se dilatent, mais celle du côté électrisé plus que l'autre.

Voulant vérifier s'il serait possible d'obtenir les mêmes résultats en électrisant seulement la moelle épinière dans la région du centre vaso-moteur de la tête, L. a appliqué le tampon positif à la nuque et le tampon négatif sur les premières vertèbres dorsales. Il n'a

obtenu aucun résultat appréciable. Les pupilles restaient immobiles, même avec des interruptions d'un courant de 80 éléments. Si, au contraire, il appliquait le tampon positif à la nuque, près de la base de l'occipital, et le tampon négatif sur le front, au-dessus des yeux, il provoquait tous les phénomènes la première expérience.

3° Expérience faite sur un lapin albinos, dont le fillet cervical gauche du grand sympathique avait été coupé depuis plus de deux ans. — Electrode positive appliquée sur la nuque, électrode négative placée successivement derrière chaque angle du maxillaire inférieur. Pendant le passage du courant (10 à 20 éléments), les deux pupilles, mais surtout celle du côté sain, se contractèrent lentement; mais, à chaque interruption, la pupille du côté sain se dilatait énormément comme chez la chienne. Celle du côté opéré, au contraire, restait toujours contractée.

4° Expérience sur un lapin albinos sain, le pôle positif étant sur la nuque, le pôle négatif derrière l'angle du maxillaire. On ferme le courant à 10 éléments, en l'élevant graduellement de 10 et 10 jusqu'à 80. Pendant ce temps, les oreilles sont examinées par transparence. Avant l'expérience, elles étaient congestionnées et le courant continu, même avec 80 éléments, n'eut pas sur leur circulation d'effet appréciable. Il en fut autrement des interruptions, même avec un courant de 40 éléments. L'effet de ces interruptions était constamment une contraction de l'artère auriculaire, s'effectuant avec une certaine lenteur. Au bout d'une dizaine de secondes, les fines ramifications artérielles diminuaient de diamètre, perdaient leur coloration vermeille et disparaissent presque. Mais, malgré le passage du courant continu, cette contraction était de très courte durée, et bientôt les vaisseaux redevenaient rutilants et très visibles.

L'expérience fut renouvelée en plaçant l'électrode négative sur le crâne, au-dessus des yeux, en laissant toujours l'électrode positive à la nuque. La même contraction momentanée du fin réseau auriculaire s'obtint alors, au moyen des interruptions; elle se produisait même plus nettement que dans le premier cas.

Les faits qui précèdent expliquent certains phénomènes, observés chez l'homme durant l'électrisation de la tête ou du ganglion sympathique cervical. L'électrisation de ce ganglion ou, plus exactement, l'électrisation diffuse à travers la région détermine chez l'homme, la contraction des vaisseaux rétinien. L. l'a constatée chez une malade atteinte de choréïdite disséminée, en opérant avec un courant de dix éléments (pôle positif placé à la nuque, pôle négatif au-dessous de l'apophyse mastoïde). Il y eut d'abord resserrement graduel des vaisseaux rétinien aussitôt après la fermeture du courant, puis, au bout d'une demi-minute, dilatation gra-

duelle et modérée, enfin une contraction forte au moment de l'interruption. Aucun mouvement appréciable de la pupille, sans doute à cause de la faiblesse du courant employé.

Ce qui se passe dans le fond de l'œil se passe dans l'encéphale; car les vaisseaux ophtalmiques et la plupart des vaisseaux cérébraux sont régis par des filets vaso-moteurs émanant du ganglion cervical supérieur. L'électrisation de ce ganglion provoque la contraction des vaisseaux de la pie-mère et du cerveau. Cette contraction vasculaire donne l'explication des vertiges produit par l'électrisation de la tête. Il s'agit ici d'une anémie cérébrale car le vertige se produit surtout quand on ferme et mieux quand on interrompt le courant, c'est-à-dire au moment où les vaisseaux se contractent. L'électricité fournit donc un moyen d'agir sur la circulation cérébrale et par suite de combattre les troubles cérébraux purement congestifs sans dégénérescence des éléments ou des capillaires, ou sans congestions capillaires trop prolongées ou trop réitérées qui n'ont pas eu pour conséquence la formation d'exsudats, de néoplasies persistantes.

L. a ainsi triomphé, sans autre traitement, d'une tendance aux congestions cérébrales, qui déjà s'était manifestée par deux attaques suivies de perte de connaissance. Le malade était un instituteur très intelligent. Chaque électrisation du cerveau ou du ganglion cervical supérieur, amenait un soulagement immédiat; sa vue devenait plus nette; les objets lui semblaient plus colorés. Cette contraction des vaisseaux cérébraux, sous l'influence de l'électricité, donne aussi la raison de la tendance, parfois invincible, au sommeil, qui suit souvent l'électrisation de la tête.

L'électrisation céphalique paraît donc indiquée dans des maladies mentales, de date récente. *A priori* elle semble devoir rendre des services dans le traitement des manies aiguës. L. a traité deux cas de spleen provoqués, l'un par des excès de travail intellectuel, l'autre par des abus alcooliques; il a vu les idées noires, le découragement, etc., se dissiper. Le premier des deux malades, en outre devenu incapable de toute application de l'intelligence, ne pouvait plus lire un journal sans être pris à l'instant de douleurs de tête; il a recouvré toute son activité mentale.

Indications pratiquées formulées par L. : l'action des courants sur les vaisseaux est très fugitive; les séances doivent être courtes, afin de ne pas épuiser la contractilité, ce qui amènerait probablement des congestions secondaires; mais elles doivent être réitérées pour faire l'éducation gymnastique des fibro-cellules contractiles.

Une séance doit rarement dépasser six minutes de durée; on peut en faire une chaque jour.

Le nombre des éléments était le plus souvent dix à douze. Ce n'est que par degré que L. arrivait au maximum de quinze éléments.

De ce qui précède, il résulte, que les courants agissent surtout sur la contractilité vasculaire et particulièrement par les interruptions. Il ne faut donc pas employer exclusivement les courants continus. Toutefois, quand on agit sur la tête, on ne peut se servir de piles à interruptions rapides. Quelques rares interruptions, une chaque minute, seront utiles pour maintenir la diminution du calibre vasculaire et l'anémie relative qui en résulte.

J. M.

Traitement du tabes, par LEYDEN (Neur. Centralbl., 1892).

Contrairement à Erb et à Fournier, l'auteur n'admet pas que le tabes soit d'origine syphilitique ; le traitement antisiphilitique est d'ailleurs inefficace dans cette affection. Il en est de même du massage, de l'extension des nerfs, de la suspension. L'hydrothérapie, l'électrothérapie sont plus utiles ; le traitement électrique n'a aucune action sur la moelle altérée du tabétique ; mais elle agit efficacement contre les lésions des nerfs périphériques ; d'ailleurs l'excitation des nerfs sensitifs agit par action réflexe sur la moelle elle-même. Le traitement électrique, en plus, fortifie les muscles, point important dans le traitement de cette affection. L'auteur a retiré de grands avantages par l'emploi de ce traitement par compensation.

Dans plusieurs cas où les lésions sont trop avancées pour enlever tout espoir de régression, il est encore possible d'annihiler, dans une certaine mesure, leurs conséquences fâcheuses ; on y arrive en fortifiant et en exerçant les muscles. Frenkel se base sur le même principe pour légitimer sa méthode de traitement ; il traite les ataxiques par une gymnastique systématique. Leyden reconnaît la plus grande valeur à ce traitement.

Les médicaments internes ne sont pas à négliger ; L. administre concurremment au traitement externe. Il est nécessaire que le malade prenne une nourriture fortifiante qu'il se livre aux travaux intellectuels qui lui plaisent sans le fatiguer, que le calme règne dans son esprit.

Nous sommes pour ainsi dire absolument désarmés contre les douleurs névralgiques et les crises gastro-intestinales du tabes ; cependant il faut être très réservé dans l'administration des narcotiques et particulièrement de la morphine.

J. D. B.

Des injections sous-cutanées de phosphate de soude dans les maladies du système nerveux, par le Dr CROCQ, fils (Journ. de méd. de Bruxelles, 1892).

On comprend l'étonnement que produisit la découverte d'une substance qui possédait le don de rétablir en quelques jours un homme dont l'affaiblissement progressif datait de trente ans : « Ne

prenant pas d'exercice depuis plus de trente ans, disait Brown-Sequard, ma vigueur naturelle a graduellement diminué, et, depuis dix ou douze ans, je suis devenu très faible. Une dizaine d'injections sous-cutanées m'ont rendu mon ancienne vigueur. »

Sous l'influence de l'injection du suc testiculaire, préparé selon certaines règles, l'appétit renaît, le sommeil revient, la miction et la défécation se font plus régulièrement, les fonctions génitales sont considérablement accrues, le travail intellectuel devient plus facile.

A la suite des résultats obtenus par Babes, par l'injection sous-cutanée de quantités considérables de moelle virulente, dans le but de prévenir et de combattre la rage du loup, bien plus terrible que celle du chien, C. Paul entreprit des recherches sur les effets cliniques de la transfusion nerveuse. Ses résultats furent surprenants; il reconnut aux injections sous-cutanées de substance nerveuse, des propriétés thérapeutiques semblables à celles du suc testiculaire.

Voici les conclusions de C. Paul :

1° Une solution au dixième de substance grise de cerveau de mouton, stérilisée par l'acide carbonique dans l'appareil d'Arsonval, injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané, à la dose de cinq centimètres cubes, est parfaitement tolérée et ne provoque aucune réaction, ni locale, ni générale;

2° Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il se produit un peu d'engorgement lymphatique qui disparaît en général en trois ou quatre jours, sept au plus;

3° Sur plus de deux cents injections pratiquées sur douze sujets. il n'y a eu ni abcès, ni pustule acnéique. Il est vrai que l'asepsie a été rigoureuse, ce qui n'existe pas chez les morphinomanes;

4° Le malade sent une légère chaleur pendant quatre à cinq minutes, rarement plus, et c'est tout;

5° Les régions qui paraissent les plus favorables aux injections sont les régions où le tissu cellulaire est le plus lâche, c'est-à-dire les flancs et la région lombaire;

6° Le premier effet ressenti par les malades est une sensation de force et de bien-être qui leur donne la conscience qu'ils ont à leur disposition une somme de forces qu'ils n'avaient pas auparavant;

7° L'amyosthénie et l'impotence musculaire diminuent rapidement, les malades en donnent la preuve parce qu'ils peuvent bientôt marcher beaucoup plus longtemps sans se fatiguer;

8° Les douleurs vertébrales et l'hyperesthésie spinale disparaissent au bout de quelques injections. Même dans l'ataxie, on voit les douleurs fulgurantes disparaître;

9° Il en est de même de la céphalée neurasthénique et de l'insomnie;

10° L'impotence fonctionnelle du cerveau disparaît progressivement;

11° Les malades prennent de l'appétit, leur nutrition s'améliore et, s'ils sont préalablement dyspeptiques, comme nos chlorotiques, la nutrition se fait mieux; il y a augmentation rapide du poids;

12° Quant à l'impotence sexuelle, elle a été notablement améliorée, mais je n'ai eu l'occasion d'observer cette amélioration que chez trois neurasthéniques simples. Je n'ai pas cru devoir questionner sur ce point les jeunes chlorotiques; et, chez les ataxiques, un seul a gagné;

13° Ce qui est remarquable, c'est que chez l'une des trois chlorotiques neurasthéniques, alors que toutes les fonctions avaient énormément gagné: appétit, forces, embonpoint, poids, disparition de tous les troubles nerveux, les couleurs n'étaient pas revenues, et l'anémie restait la même. A cette époque, le fer a été très bien supporté, et les couleurs sont revenues rapidement; la jeune fille, restée pâle, avait, au bout d'un mois, des couleurs fraîches, superbes.

L'injection sous-cutanée de substance grise cérébrale est donc un véritable tonique névrosthénique.

La spermine est un alcaloïde qui ne se trouve pas seulement dans le suc testiculaire, mais encore dans la glande thyroïde et sans doute aussi dans la substance cérébrale.

Plusieurs médecins russes ont employé ce produit dans le traitement des maladies nerveuses, et ils en ont obtenu des résultats avantageux. Victoroff, entre autres, émet les conclusions suivantes :

1° L'effet de la spermine est identique à l'émulsion de Brown-Sequard; comme celle-ci, elle agit sur les parties motrices de l'axe cérébro-spinal, en augmentant la force des mains et des pieds, en régularisant les fonctions génitales, urinaires et les déjections; comme résultat subjectif, amélioration de la sensibilité générale;

2° Il faut supposer que la partie active de l'émulsion de Brown-Sequard est la spermine;

3° La spermine ne provoque aucune réaction locale.

Ces conclusions paraissent exagérées; l'action tonique obtenue avec la spermine est loin d'égaler celle qu'amènent les injections sous-cutanées de suc testiculaire ou de substance cérébrale.

Poehl avoue que sa spermine est moins puissante que le suc testiculaire: « Si l'émulsion de Brown-Sequard, dit-il, a une action plus énergique que la spermine, cette dernière préparation ne demande pas une asepsie aussi rigoureuse. »

Mais depuis lors il a extrait des glandes génitales, des ovaires, du pancréas, de la glande thyroïde, etc., une leucomaine répondant à la formule $C^8H^{14}Az^3$, la spermine. Cet alcaloïde, injecté sous la peau à l'état de chlorhydrate, posséderait la propriété d'activer les oxydations; par ce mécanisme, le système nerveux, débarrassé des produits extractifs et azotés de déchets, retrouve son activité première.

Cullerre fit alors connaître que depuis 1890, il emploie les injections de suc testiculaire dans les maladies nerveuses : les résultats furent bons, mais il renonça à ce moyen thérapeutique à cause de la technique grossière qu'il suivait pour la préparation de l'extrait, dont l'injection aurait pu donner lieu à certains accidents.

Ultérieurement il a fait des injections de substance nerveuse chez les aliénés : 14 de ces malades, appartenant à des formes diverses de folie, furent soumis à ce traitement; ils en ont retiré des résultats inespérés pour l'état physique; l'état mental n'a pas été amélioré.

Voici les conclusions de Cullerre :

1° La transfusion nerveuse est bien tolérée chez les aliénés affaiblis, même tuberculeux, et réveille presque instantanément les fonctions nutritives;

2° Le premier signe de ce réveil est un appétit considérable, au point que certains malades ne peuvent se rassasier. Cette particularité peut être précieuse en aliénation mentale, pour combattre, dans certains cas, la sitiophobie, et j'ai pu l'utiliser avec succès chez plusieurs malades qui refusaient systématiquement la nourriture;

3° Les effets reconstituants sont rapides; l'impotence musculaire disparaît, l'embonpoint se développe et toutes les fonctions organiques se régularisent;

4° L'état psychopathique, dans les cas curables, a été parfois amélioré transitoirement, dans les heures qui suivaient immédiatement l'injection, mais cet effet n'a jamais persisté, et aucune amélioration n'a été obtenue.

Enfin Babès compte actuellement quarante cas de maladies nerveuses diverses, traitées par des injections de substance nerveuse.

Ces injections, faites quatre ou cinq fois par semaine chez les neurasthéniques, de cinq ou six fois chez les épileptiques, ont amené de grandes améliorations.

On ne peut mettre en doute les résultats de tous ces auteurs.

On peut se demander si ces différents produits ne doivent pas leur propriété identique à un seul et même agent qui leur serait commun.

Les Russes déjà ont marché dans cette voie : ils prétendent, avec un alcaloïde, la spermine, obtenir tous les effets du suc testiculaire ou de la substance nerveuse.

Quel est le principe actif contenu dans ces liquides organiques? D'après Petrowsky, la substance cérébrale contient :

	Substance grise.	Substance blanche.
Albuminoïdes	55,3733	24,7252
Lécithine.	17,2402	9,9045
Cérébrine	0,5331	9,5472
Cholestérine et graisse . . .	18,6845	52,9088
Sels	1,4152	0,5719

Il faut y ajouter la *nucléine*, surtout abondante dans la substance grise et le *protagon*. La lécithine a pour formule $C^{44}H^{90}AzPhH^9$; le protagon peut être représenté par $C H^{308}Az^5PhO^{15}$.

La substance cérébrale contient donc une quantité notable de phosphore. D'après Jolly, la substance blanche contient 2,928 % de phosphore; la substance grise en contient 1,911 %.

La sécrétion spermatique contient également de grandes quantités de phosphates : la tête du spermatozoïde est formée de nucléine, de protagon et de lécithine; de plus, le liquide dans lequel il nage renferme des phosphates alcalins, de fer et de magnésium.

Cet exposé de la composition chimique de la substance nerveuse et du suc testiculaire suffit pour établir que les phosphates y sont contenus en quantité notable. Si on considère, d'autre part, le rôle important que jouent les phosphates dans la physiologie et la pathologie du système nerveux, on comprend quelle part considérable doit être attribuée au phosphore dans les effets névrosthéniques des injections sous-cutanées de suc testiculaire et de substance nerveuse. C'est en se basant sur ce raisonnement que C. a voulu savoir si des injections de phosphate de soude ne donneraient pas des résultats tout aussi brillants. Il a employé une solution de 2 grammes de phosphate de soude dans 100 grammes d'eau de laurier-cerise.

Ce liquide, absolument aseptique, a été injecté sous la peau, à la dose de 3 centimètres cubes, tous les jours ou tous les deux jours. Les précautions antiseptiques ordinaires ont été prises, et jamais ces injections n'ont produit la moindre réaction, ni locale, ni générale : la température, prise avec soin, ne s'est jamais écartée de la normale, et la piqûre n'a jamais produit le moindre gonflement ni la moindre rougeur. Les injections ont été pratiquées aux bras et aux jambes; la douleur qu'elles provoquent est insignifiante. Après l'opération on voit une tumeur arrondie du volume d'une noix qui disparaît bientôt, à mesure que l'absorption se fait. Immédiatement après l'injection, le malade ressent à peine, à l'endroit de la piqûre, une légère chaleur qui disparaît au bout de quelques minutes.

L'auteur cite dans son travail les expériences faites dans deux cas d'ataxie locomotrice, un cas de chloro-anémie et un cas de paralysie agitante. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'injection sous-cutanée d'une dissolution au cinquième de phosphate de soude dans l'eau de laurier-cerise ne produit aucune réaction, ni locale, ni générale;

2° En injectant tous les jours au début, puis tous les deux jours, d'abord 1 centimètre cube, puis 3 centimètres cubes de cette solution à des malades atteints de maladies nerveuses, on obtient une action névrosthénique puissante;

3° Ce moyen agissant purement comme tonique du système nerveux, les résultats obtenus seront ou curatifs ou palliatifs : ils seront curatifs dans les affections qui ne dépendent que d'un trouble fonctionnel de l'axe cérébro-spinal ; ils ne pourront être que palliatifs lorsque existent des lésions organiques des centres nerveux ;

4° La supériorité de ce moyen sur ceux de Brown-Sequard et de C. Paul dépend de sa simplicité même : il se trouve à la portée de tout le monde.

J. M.

De l'emploi de l'hyoscine chez les femmes atteintes d'aliénation mentale chronique, par NÄCKE (*Allg. für Psych.*, 1892).

Recherches faites sur 29 malades ; administration interne de 1 à 6 milligr., même 8 milligr (!) d'hyoscine comme sédatif.

Dans 6 cas, succès complet ; dans 14 cas demi succès ; dans 3 succès faible, dans 6 cas pas de résultat. Dans 2 cas le calme a persisté pendant un temps assez long. En somme l'hyoscine est un mauvais calmant ; les forces des $\frac{3}{4}$ des malades furent fort affaiblies à la suite du traitement ; par aucune autre médication, l'auteur n'observa autant de tendances au collapsus.

L'hyoscine ne donne jamais un calme de quelque durée.

J. D. B.

La pilocarpine dans le traitement du hoquet nerveux.

L'attention a été attirée depuis quelques temps sur les heureux résultats du Jaborandi et de son alcaloïde dans les accès incoercibles du hoquet, si fréquents chez les hystériques et les névropathes.

Cette action inhibitoire sur le hoquet nerveux a été étudiée par Le Nobel, médecin de l'armée hollandaise, le professeur Stiller, de Budapesth et le Dr Ortille. La dose de pilocarpine généralement prescrite est de 10 centigrm. sur 10 grm. d'eau distillée. On donne de cette solution 10 gouttes 3 à 4 fois par jour.

Les accès de hoquet diminuent d'abord de fréquence et d'intensité. Ils disparaissent ordinairement au bout d'une à trois semaines.

J. M.

Traitement des lésions cérébrales en foyer, par VIZIOLI
(5^e Congrès de la Soc. de méd. ital., 1892).

1° Ces lésions exigent de la part des médecins l'emploi des moyens thérapeutiques destinés soit à modifier les échanges nutritifs (iode, arsenic, etc.), soit à combattre l'excitabilité exagérée (bromure,

chloral, opiacés, sulfonal, etc.) ou à diminuer les effets d'un surcroît de pression intracrânienne (sangues, courant constant appliqué sur le crâne directement ou indirectement, au moyen de la galvanisation du nerf sympathique cervical), soit, enfin, à améliorer l'état général (antithermiques). Mais les mesures hygiéniques appropriées ont encore plus d'importance que tous ces moyens thérapeutiques ;

2° L'étude des localisations cérébrales, au point de vue de la chirurgie, a montré que l'intervention opératoire est indiquée dans l'épilepsie traumatique à forme jacksonienne, lorsque cette affection n'est pas de date trop ancienne pour faire craindre l'existence des altérations organiques du cerveau aussi profondes qu'irréparables et que, d'autre part, elle n'est pas assez récente pour rendre impossible le diagnostic différentiel des symptômes dus à la lésion en foyer d'avec les symptômes dynamogéniques se manifestant à distance. Dans les autres formes d'épilepsie, il faut être très prudent en conseillant la trépanation. Enfin, dans l'épilepsie primitive dite essentielle, la trépanation est formellement contre-indiquée ;

3° Dans les abcès du cerveau dont le diagnostic est bien établi, il faut opérer aussitôt que possible. En effet, ouvrir à temps l'abcès signifie dans ces cas sauver la vie du malade ;

4° Dans les tumeurs cérébrales dont les symptômes en foyer sont bien établis et qui ont pour origine la zone motrice, les méninges ou le périoste intra-crânien, on pourra choisir entre la trépanation pratiquée par un chirurgien habile et le traitement médical. L'opération pourra aussi être jugée possible dans les tumeurs siégeant dans d'autres régions, si les symptômes d'une lésion en foyer sont évidents et s'il y a urgence à diminuer les effets de la pression intracrânienne. Mais l'intervention chirurgicale devra toujours être considérée comme absolument périlleuse dans les tumeurs de la protubérance, des pédoncules cérébraux, du cervelet et des régions avoisinant le bulbe ;

5° Dans les hémorragies cérébrales, les hématomes, etc., compliqués de fractures avec esquilles osseuses et dépression des parties limitées du crâne, il faut recourir à la trépanation lorsque les symptômes d'une lésion en foyer sont bien nets ;

6° Dans tous ces cas, il faut pratiquer une antisepsie rigoureuse, employer avant et après l'opération les médicaments appropriés et se servir, pendant l'acte opératoire, de l'électricité pour pouvoir constater parmi les coagula sanguins et les collections purulentes la présence ou l'absence de zones motrices.

Verslag van het Staatstoezicht op krankzinnigen en krankzinnigengestichten en over den staat dier Gestichten in de jaren 1885, 1886, 1887.

MM. Ruysch et Van Andel ont trouvé, au moment de leur nomination comme inspecteurs des asiles neerlandais, un grand arriéré de travail. En moins de trois années ils ont présenté successivement trois énormes rapports triennaux. Le travail que nous avons devant nous s'étend jusqu'à l'année 1887, année du décès de M. Ramaer, un de leurs prédécesseurs. C'est donc à partir du rapport prochain que nous pourrons compter sur l'intervention active des nouveaux inspecteurs. Hâtons-nous néanmoins de déclarer que déjà dans le rapport actuel ils laissent percer çà et là leurs vues personnelles. Aussi les médecins-aliénistes qui sont en rapport avec eux, attendent-ils avec impatience leur prochain travail triennal pour pouvoir se rendre un compte exact des opinions personnelles des nouveaux inspecteurs. Leur activité nous donne la garantie que ce travail paraîtra encore dans le courant de l'année prochaine.

Le fait saillant dans le rapport actuel c'est l'ouverture en 1887, d'un nouvel asile d'aliénés à Vught pouvant contenir 600 malades, et celui de l'établissement d'Ermelo qui peut en loger 200. Les deux établissements sont construits d'après le système à pavillons.

Pendant ces trois années, il y a eu 1272 entrées (645 H. et 627 F.), 2485 décès (1394 H. et 1091 F.), 2313 guérisons (1159 H. et 1154 F.) et 923 sorties sans guérison (487 H. et 436 F.).

La proportion des décès a été de 33,9 %, celles des guérisons de 25,5 % et celle des sorties sans guérison 25,1 %.

Au 31 décembre 1887, il y eut 5483 aliénés traités dans les asiles et 1531 en dehors des asiles.

J. M.

Ninth Report of the Committee on Lunacy of the Board of public Charities of the Commonwealth of Pennsylvania 1891.

Les asiles de l'État de la Pensylvanie renfermaient, au 30 septembre 1891, 7,649 aliénés dont 148 criminels; dans le cours de l'année écoulée il y en avait 1235 sorties dont 318 guérisons, 305 améliorations notables, 91 sorties sans guérison et 521 décès.

Les hôpitaux publics (almhouses) en renfermaient 1648. Le rapport ne mentionne pas les sorties ni même les décès; mais il nous fait connaître que ces hôpitaux contenaient 270 cas aigus ou curables, 117 épileptiques, 41 paralytiques, 34 aliénés homicides et 25 aliénés suicides.

Les hôpitaux privés avaient une population qui n'excédait pas

620; probablement ils ne reçoivent que les cas aigus. En effet, on y compte sur 295 admissions, 83 guérisons, 86 améliorations, 36 sorties sans guérison et 47 décès.

Ce rapport donne des détails administratifs sur chacun des établissements qui sont autorisés à recevoir les aliénés. Il se termine par quelques travaux dus à la plume de ses principaux médecins aliénistes. Le Dr John B. Chapin y décrit les *abus des hypnotiques*; le Dr A. Bennet y traite de *la folie comme un symptôme de la maladie de Bright*; le Dr H. A. Tomlinson y étudie *les indications et les applications de l'éducation physique dans le traitement de l'aliénation mentale*; le Dr W. H. Harrison y passe en revue *l'instruction des aliénés comme partie intégrante de leur traitement*; et le Dr H. M. Wetherhill y traite *des aliénés dans quelques pays étrangers*. Cette innovation est très heureuse dans les rapports officiels; elle constitue un stimulant très avantageux pour les médecins aliénistes et spécialement pour ceux des asiles de l'État qui jouissent d'une position exceptionnellement favorable.

J. M.

Rapport médical sur l'asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine inférieure) pour l'année 1891.

Le Dr A. Giraud, dans un rapport très complet, nous donne le mouvement de la population de son asile pendant l'année 1891.

Au 1^{er} janvier 1891 la population était de 1,067. Il y eut dans le courant de l'année 208 admissions et 101 sorties dont 28 par guérison, 41 par amélioration et 32 pour d'autres causes. Il y a eu 111 décès. Dans ses différentes colonnes statistiques l'auteur a adopté la classification admise au dernier Congrès de Paris.

Par ordre de fréquence la mélancolie domine parmi les aliénées de Saint-Yon, viennent ensuite la manie, la folie systématisée, la paralysie générale. Parmi les causes prédisposantes l'auteur a noté par ordre de fréquence l'hérédité vésanique, le nervosisme, l'hérédité dégénérative, l'hérédité alcoolique, l'hérédité névropathique et une affection mentale antérieure; comme causes occasionnelles, il cite successivement les excès alcooliques, les chagrins domestiques, les modifications pathologiques du cerveau, la sénilité, la parturition, la ménopause, des revers et des déceptions, le mysticisme. L'auteur ne se prononce pas relativement aux causes de la paralysie générale. Il s'étend longuement sur la partie de l'étiologie des maladies mentales qui se sont présentées à Saint-Yon. Le rapport du Dr Giraud est un des meilleurs rapports français que nous ayons eu l'occasion de rencontrer.

J. M.

Institution royale de Crichton à Dumfries (Écosse). Rapport pour l'année 1891, par le Dr JAMES RUTHERFORD.

Sur 1229 malades traités 66 H. et 95 F. sont sortis guéris ; 34 H. et 29 F. améliorés sortirent. 15 malades volontaires, 9 H. et 6 F. quittèrent l'asile ; 11 H. et 7 F. furent transférés dans d'autres asiles. Le nombre des décès est de 75 (35 H. et 40 F.).

La proportion des guérisons, sur l'ensemble des admissions, est de 33 % pour les hommes et de 43 % pour les femmes.

Quarante pensionnaires résident dans les trois villas acquis par l'administration de l'asile. Chacune de ces villas présente une organisation complète ; rien n'y rappelle l'asile, et il y existe un personnel spécial.

La nouvelle ferme contient 80 lits et peut être considérée comme une succursale de l'asile.

La plupart des pensionnaires ont, comme les années antérieures, passé quelques jours à la maison de campagne de Kinmount.

L'asile a un fonds charitable qui sert à compléter la pension des personnes qui ont connu l'aisance et souffriraient d'être confondus avec les indigents. Cette faveur a été accordée à 47 malades.

Dr J. AL. P.

22^e rapport sur la situation de l'asile de l'État de Buffalo (États-Unis d'Amérique) pour 1891, par le Dr ANDREWS.

Sur 904 malades (472 H. et 432 F.), traités en cet asile, 129 (66 H. et 63 F.) guérirent ; 57 (30 H. et 27 F.) furent déclarés améliorés ; 54 (25 H. et 29 F.) sortirent sans modification de l'état mental ; 70 (48 H. et 22 F.) moururent ; 9 (5 H. et 4 F.) dont 3 H. entrés en état d'ivresse, furent déclarés non aliénés.

L'auteur a ajouté à son travail une étude intéressante de l'hérédité et de l'entourage comme causes de folie. Il constate que l'influence de l'hérédité est souvent invoquée à tort ; qu'elle est surtout exagérée dans les cas relatifs à la criminalité. Il établit en outre les points suivants :

L'hérédité seule ne produit pas la folie.

L'hérédité est une disposition de l'organisme à devenir malade sous l'influence de certaines causes ; l'hérédité est une cause prédisposante, non une cause occasionnelle de la folie.

L'hérédité qui existe chez l'aliéné n'empêche pas la guérison de l'affection mentale.

L'entourage qui contribue à produire la folie peut aussi servir à en empêcher le développement.

Dr J. AL. P.

Verslag betreffende het gesticht Meerenberg voor het jaar 1891.

Le rapport élaboré par M. le médecin-directeur van Persijn est, comme d'habitude, un rapport très étendu, touchant à tous les détails de l'organisation domestique, administrative et médicale de l'asile le plus important de la Hollande.

Le personnel de surveillance a subi des modifications considérables; la qualité semble s'améliorer du côté des femmes qui donnent lieu à moins de plaintes que du côté des hommes.

Sur 1469 aliénés traités pendant l'année, 53 sont sortis guéris, 36 améliorés, 14 sans modification, 102 par suite de décès.

Sur les 102 décès, il y avait 33 paralytiques, 26 H. et 7 F.

Le chapitre des autopsies est très fourni et très instructif. Disons que Meerenberg a un médecin spécialement chargé des autopsies et des études microscopiques.

Un instituteur donne des leçons aux idiots, aux imbéciles, aux aliénés désireux d'apprendre, ou de ne pas oublier ce qu'ils savent, même aux infirmiers qui le désirent.

Des soirées chantantes sont organisées pendant l'hiver.

275 hommes et 285 femmes sont restés complètement oisifs; 357 hommes et 303 femmes se sont occupés régulièrement; 92 hommes et 157 femmes ont travaillé de temps en temps.

Le no-restraint est appliqué à Meerenberg; l'isolement cellulaire remplace l'emploi de tous les moyens de coercition.

Le Dr van Persijn venant de donner sa démission, nous avons analysé son dernier rapport annuel. Nous tenons à lui rendre la justice qui lui est due : c'est lui qui a fait de Meerenberg le premier asile de la Hollande, un véritable asile modèle.

La succession du Dr van Persijn passe en de bonnes mains : elle est dévolue au Dr van Deventer, qui a fait ses preuves au Buiten-Gasthuis d'Amsterdam.

Dr J. AL. P.

Hôpital de Pensylvanie. Division des aliénés. Rapport pour les années 1891-1892, par le Dr J. B. CHAPIN.

Après avoir donné les statistiques ordinaires, le rapport constate que la mortalité a été un peu plus élevée que les années antérieures : 38 décès sur 599 malades traités. Ce chiffre n'est certainement pas défavorable. L'augmentation des décès est due à l'influenza. L'auteur à ce sujet dit qu'il n'est ni prouvé ni probable que la folie se rattache directement à des influences zymotiques; mais tout ce qui déprime la force vitale, ou fait baisser le niveau normal de la santé, diminue la force de résistance de l'organisme et les organes les plus faibles sont les premiers atteints.

L'asile reçoit des malades incapables de payer la totalité ou même une partie des frais d'entretien. Le nombre des personnes admises dans ces conditions s'élève pour l'année courante à 285.

La ferme dans le comté de Delaware, a été occupée depuis le mois de mai par les groupes d'aliénés qui y séjournaient un certain temps, c'est là un excellent moyen de rompre la monotonie de la vie de l'asile et beaucoup de malades en ressentent les heureux effets. D'autres malades y font simplement une excursion en voiture ; ils y dînent et rentrent le soir.

Ces occupations et les distinctions ont fait l'objet de toute l'attention du corps médical. Le pavillon pour les exercices gymnastiques a été souvent rempli au dépens des quartiers de l'asile. Un atelier de peinture, de décoration, de modelage en terre glaise et en plâtre existe du côté des femmes. Ces malades y trouvent une excellente occupation et un moyen de détourner le courant de leurs idées anormales. Une bienfaitrice de l'hôpital a donné une grosse somme pour compléter cette organisation.

Un service de consultations gratuites est organisé en ville, à Philadelphie. Beaucoup de sujets réclamant un traitement régulier ont été admis dans l'asile. Un certain nombre ont été guéris.

D^r J. AL. P.

Asile de Bloomingdale (New-York). Rapport pour l'année 1891,
par le D^r SAMUEL B. LYON.

Les statistiques ne présentent rien de particulier.

L'établissement a reçu 271 malades incapables de payer la totalité ou même une partie du prix de la pension ; la dépense de ce chef s'élève à 52000 dollars.

Une maison de campagne dépendant de l'asile y rend de grands services ; des escouades d'aliénés y passent alternativement quelques semaines. Le changement de séjour a suffi pour relever certains malades, les uns au point de vue physique seulement, les autres en même temps au point de vue mental. Chaque saison on constate des guérisons qui coïncident avec le séjour à la campagne et peut-être peuvent lui être attribuées.

Rien n'est épargné pour distraire et occuper les aliénés ; la gymnastique est pratiquée par les malades des deux sexes.

Le médecin adjoint du quartier des hommes donne aux infirmiers des leçons sur les devoirs de leur profession ; plus tard des leçons seront aussi données aux femmes.

Les frais d'entretien d'un malade s'élèvent à onze dollars par semaine.

D^r J. AL. P.

Bericht über die Irrenanstalt Basel, 1891.

Le professeur Wille, directeur de l'asile de Bâle, comptait dans son établissement, au 1^{er} janvier 1891, 241 aliénés (104 H. et 137 F.). Dans le cours de l'année il en admit encore 274 (139 H. et 135 F.). Il y eut 256 sorties dont 86 guérisons (45 H. et 41 F.), 66 améliorations (36 H. et 30 F.), 38 sans guérison (22 H. et 18 F.), 35 décès (18 H. et 17 F.) et 4 cas d'individus déclarés non aliénés. Le chiffre des intoxications alcooliques s'est élevé à 60 (56 H. et 4 F.).

L'asile de Bâle avec sa population relativement petite compte en dehors du directeur-médecin encore un personnel de trois autres médecins.

Le rapport se termine par une excellente relation sur deux cas de paralysie de Laudry, par le Dr Greppin dont l'un s'est terminé par la mort. Le Dr Greppin en a fait l'examen macro- et microscopique. Le Dr Hartwig Meine y fait la relation de trois cas d'intoxication aiguë par l'iode dont deux cas se sont terminées par la mort.

J. M.

*Reports of the Friends' Asylum for the Insane, 1891-1892.
Philadelphia.*

Au dernier rapport cet asile ne renfermait que des pensionnaires, — 114 aliénés (51 H. et 63 F.). Dans le courant de l'année, il y eut 49 admissions (26 H. et 23 F.), 50 sorties (26 H. et 24 F.) et 4 décès. Parmi les 50 sorties il y a eu 20 guérisons, 16 améliorations et 14 sans amélioration.

L'auteur se loue de ce que dans son pays les familles pourvoient promptement au placement de leurs aliénés et que c'est grâce à cette mesure qu'il a pu obtenir de si brillants succès.

Le rapport est illustré de huit phototypies représentant les principales parties de l'établissement. Ces dessins nous prouvent que l'asile rivalise aisément avec les meilleures Maisons de santé que nous connaissons.

J. M.

BIBLIOGRAPHIE.

Festschrift zur Feier der fünfzigjähriges Jubiläum der Anstalt Illenau, herausgegeben von den jetzigen und früheren Illenauer Aerzten : Schüle, von Krafft-Ebing, Kirn, Neumann, Fr. Fischer, Eickholt, Wilser, Landerer, Dietz. — Mit einem Lichtdruckbilde von Illenau und zwei lithographierten Tafeln (Heidelberg, Carl Winter, 1892).

La fête jubilaire du 50^e anniversaire de la fondation de l'asile d'Illenau comptera dans l'histoire de la psychiatrie en Allemagne. Le titre seul nous indique quelques autorités qui ont passé par cet asile, qui y ont fait leur éducation sous la haute direction de ses premiers médecins Roller et Hergt.

Tous ceux qui connaissent la littérature psychiatrique de l'Allemagne, et spécialement pour ce qui concerne l'assistance des aliénés et l'amélioration des asiles, savent la part importante que les deux premiers médecins d'Illenau ont prise dans l'hospitalisation et le traitement des aliénés. Si Roller n'était pas notoirement connu comme le réformateur des asiles d'aliénés en Allemagne, si Roller et Hergt n'avaient pas laissé des souvenirs durables par leurs écrits, il suffirait de mentionner les noms de leurs élèves devenus célèbres et même des médecins-aliénistes de renom que ces derniers ont créé à leur tour.

Aussi la tâche était-elle bien facile et bien agréable pour le directeur actuel, le Dr Schüle, dont les connaissances psychiatriques sont connues et hautement appréciées dans le monde entier. Comme il devait lui être doux de jeter un coup d'œil rétrospectif sur l'histoire de son asile, de passer en revue les travaux et les qualités de tous ceux qui ont travaillé ou coopéré avec lui ! Son discours magistral qui commence l'ouvrage que nous avons devant nous, en est la plus belle preuve. Nous n'hésitons pas même à dire qu'il a eu la satisfaction, en retraçant l'histoire de son asile, de faire en majeure partie l'histoire de la médecine mentale en Allemagne dans le courant de ce dernier demi siècle. C'est assez dire qu'il a tracé, dans une soixantaine de pages, un des plus beaux souvenirs de son pays.

Ce livre jubilaire contient encore un article sur le *Diagnostic*

différentiel entre la démence paralytique et la neurasthénie cérébrale, par le Prof. von Krafft-Ebing, de Vienne, un travail sur *L'aliénation mentale et la criminalité*, par le Dr Kirn, de Fribourg, des *Observations sur les fractures du crâne, la commotion cérébrale et le shock*, par le Dr Fr. Neumann, de Badenweiler, les *Altérations de la corne d'Ammon chez les épileptiques*, par le Dr Fischer, de Pforzheim, une *Contribution à l'étude de la forme aiguë de la folie*, par le Dr A. Eickholt, de Grafenberg, l'*Hérédité des propriétés intellectuelles*, par le Dr Ludwig Wilfer, de Karlsruhe, *Le sulfate de duboisine dans les états d'excitation psychique chez les femmes*, par le Dr N. Landerer et un article sur *La simulation de l'aliénation mentale*, par le Dr C. Dietz.

Tout ces travaux, comme leur titre l'indique, ne peuvent manquer de susciter la curiosité des médecins-aliénistes et nous pouvons terminer cette revue bibliographique en déclarant que le livre jubilaire de l'asile d'Illenau constitue un véritable bijou scientifique dont l'Allemagne peut s'enorgueillir.

J. M.

Die Literatur der Psychiatrie im XVIII Jahrhundert. Festschrift zum 50^{en} Jubileum der Heilanstalt Illenau (Baden), am 27 September 1892, von Dr HEINR. LAEHR, Geh. Sanitätsrath und Professor (Berlin, Georg Reimer, 1892).

S'il est vrai que la majeure partie des travaux psychiatriques parus dans le courant de ce siècle, ne mentionnent, dans la partie bibliographique, que les ouvrages parus depuis la véritable réforme dans le traitement et l'assistance des aliénés, cela ne veut pas dire que nos ancêtres ne se soient pas occupés de cette partie des sciences médicales. Le Dr Heinr. Laëhr, un de nos doyens de la psychiatrie et actuellement encore un des médecins aliénistes les plus intelligents et les plus actifs que l'Allemagne possède, le rédacteur en chef bien connu de l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, vient de le prouver par la publication du catalogue des travaux qui ont parus dans le cours du dix-huitième siècle.

Prenant en considération que les travaux scientifiques en ce siècle étaient en majeure partie publiés en langue latine, qui constituait heureusement en ce moment la langue scientifique, nous pouvons nous étonner de devoir constater que la psychiatrie a vu naître au delà de 1700 travaux. Le Dr Laëhr vient de les classer année par année et a fait précéder son catalogue d'une notice très instructive sur le mouvement psychiatrique de cette époque. Ce travail doit lui avoir coûté une peine énorme et les médecins aliénistes, ceux sur-

tout qui désirent se livrer à l'étude d'une question quelconque, seront heureux de pouvoir disposer à l'avenir d'un index qui pourra leur être d'une grande utilité. J. M.

La pathologie des émotions. Études physiologiques et cliniques,
par CH. FÉRÉ, médecin de Bicêtre (Paris, Félix Alcan, 1892).

Les lecteurs du *Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique* savent que le savant médecin de Bicêtre poursuit sans relâche les conditions somatiques des phénomènes psychiques, leurs variations individuelles, normales ou pathologiques, les différents modes d'expression de la douleur. Depuis plus de cinq ans nous enregistrons d'une manière continue les constatations nouvelles que le Dr Féré met au jour. Ce que nous ignorions, c'est qu'il rassemblait à la fois tous les faits relatifs à la pathologie des émotions et que la science a enregistrés jusqu'ici.

L'auteur, après avoir épuisé tout ce que la littérature possédait relativement à l'étude des conditions somatiques des phénomènes psychiques, est arrivé ainsi à un volume de plus de 600 pages. Il y démontre que les différents modes d'expression de la douleur ne sont pas encore connus d'une manière précise. Aussi, il l'avoue, son étude n'a-t-elle pas la prétention de combler ce vide, mais seulement de réunir des documents capables de servir à éclairer la question à la lumière des faits d'observation ou d'expérience.

Le Dr Féré s'est proposé de déterminer autant que possible les conditions physiologiques des émotions et de montrer que ces conditions sont identiques aux réactions somatiques résultant de l'action des agents physiques à l'influence desquelles l'homme est soumis. Dans cette partie de son travail il décrit successivement les effets physiologiques et pathologiques des agents physiques sur l'homme, l'activité physique et les conditions physiologiques de l'attention, l'exercice physique insuffisant ou excessif, les conditions physiologiques, pathologiques et curatives des émotions, l'influence des états d'excitation et d'épuisement sur l'activité psychique, et les troubles mentaux consécutifs à ces états.

La similitude des conditions physiologiques conduit l'auteur à établir la nature physique des phénomènes tant normaux que pathologiques de l'esprit, et à indiquer des mesures prophylactiques, hygiéniques et thérapeutiques dont l'action physiologique soit expérimentalement adoptée à leur but.

Comme on le voit, le sujet est bien vaste. Nous n'hésitons pas à dire que le médecin aliéniste y trouvera non seulement un livre très

instructif, unique en son genre, mais encore une revue complète de tout ce que les auteurs (le nombre énorme de 1100!) ont écrit sur la matière. Ce travail s'adresse également à tous ceux qui s'occupent de questions psychologiques, à ceux qui ont à s'occuper de l'influence des émotions sur nos actions et conséquemment aux philosophes, aux jurisconsultes, aux pédagogues.

J. M.

La thérapeutique suggestive et ses applications aux maladies nerveuses et mentales, à la chirurgie, à l'obstétrique et à la pédagogie, par le D^r A. CULLERRE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Paris, J.-B. Ballière et fils, 1892).

Les lecteurs de notre Bulletin connaissent déjà très favorablement le savant médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon. Ils apprendront avec une légitime satisfaction la publication de sa nouvelle œuvre qui s'occupe d'une question qui doit intéresser tout médecin-praticien qui aime sa profession et travaille pour le bien de ses malades.

La vertu curative de la suggestion hypnotique ne peut plus faire l'objet d'aucun doute. Je me trompe, au dernier Congrès d'anthropologie tenu à Bruxelles, j'ai encore entendu des voix sceptiques, soit en raison des dangers qu'ils ont dû enregistrer, soit en raison de leurs insuccès. Je me permets de leur recommander le travail de mon savant collègue qui leur apprendra combien sont déjà nombreux les guérisons et les améliorations obtenues par la thérapeutique suggestive; ils apprendront à connaître les indications du traitement par l'hypno-suggestion, les dangers de l'hypnotisme et les règles à suivre dans l'emploi de la suggestion hypnotique. Je puis me borner à cette simple constatation.

Les travaux sur la thérapeutique suggestive se multiplient d'année en année et il est agréable de pouvoir constater les progrès incessants que réalise ce nouvel élément dans le traitement de tant d'affections nerveuses.

Le travail du D^r Cullerre n'est pas le résultat exclusif d'observations personnelles; il prouve que l'auteur, depuis nombre d'années, a tenu à se tenir à la hauteur de la question par l'étude de tous les ouvrages qui ont été publiés sur la matière et qui ont eu pour auteurs successifs : Charcot, Richet, Bernheim, Bérillon, Kingsbury, Osgood, Féré, Forel, Ladame, Pitres, Beaunis, Luys, Azam, Löwenfeld, Moll, von Krafft-Ebing et tant d'autres. Inutile d'y ajouter que l'auteur a condensé ainsi la science nouvelle pour

constituer un véritable vade-mécum pour ceux qui s'intéressent d'une manière spéciale à la thérapeutique suggestive. J. M.

Kuzzes Lehrbuch der Physiologie des Menschen, von Dr JOH. GAD, Professor der Physiologie an der Universität Berlin, und Dr J. F. HEYMANS, Professor an der Universität Gent (Belgiën), mit 62 Abbildungen in Holzschnitt und 1 lithogr. Tafel (Berlin, Verlag von Friedrich Wreden, 1892).

La collection des livres classiques de médecine de Wreden vient de s'enrichir d'un nouveau volume. Déjà antérieurement lorsque nous avons mentionné la publication des excellents travaux de Seeligmüller sur les maladies des nerfs périphériques, des maladies du cerveau, des névroses et de la moelle épinière, nous appelions l'attention de nos lecteurs sur cette précieuse collection.

Quoique la littérature allemande possède de nombreux ouvrages de physiologie, nous pourrions reprocher aux uns d'être trop étendus, aux autres d'être trop concis. Le travail des professeurs Gad et Heymans ne subira pas ni l'un ni l'autre de ces reproches et nous avons la conviction que les médecins-praticiens seront heureux de pouvoir disposer de cette publication. Les auteurs, en effet, ont eu presque exclusivement pour but de révéler les faits physiologiques qui peuvent mener à l'étude de la pathologie. Il en est résulté qu'une série de ces faits constatés par des expériences sur des animaux, ont dû néanmoins trouver leur place dans ce travail, quoique la pathogénie n'ait pu les confirmer jusqu'aujourd'hui par des faits cliniques. Les matériaux condensés dans ce soi-disant « Petit Traité » sont énormes parce que les auteurs ont cru, et à raison, inutiles d'entretenir leurs lecteurs de la discussion d'une masse de questions théoriques et qu'ils ont tenu à n'exposer que celles qui sont les plus généralement adoptées par les physiologistes.

Le travail n'est illustré que de 62 figures et d'une table lithographique, le schéma de Aebv, représentant le trajet des nerfs dans les centres nerveux.

Ce nouveau travail présente une supériorité incontestable pour les praticiens qui désirent jeter de temps à autre un coup d'œil sur leurs connaissances biologiques. Nous croyons toutefois devoir observer que la science de la physiologie s'enrichit chaque jour de faits nouveaux; le médecin doit pouvoir les assimiler et bien souvent des figures, des schémas nouveaux devraient faciliter la compréhension d'un texte. C'est la seule observation que nous ayons à faire au sujet de cet important travail. La multiplicité des gravures aug-

mente singulièrement la valeur d'un ouvrage, spécialement de celui qui peut espérer, à bon droit, de devenir un ouvrage classique.

Nous avons appris qu'une traduction française se prépare. Espérons que l'éditeur comblera la lacune que nous venons de mentionner. Une légère modification dans la forme de l'exposé de la matière rendrait également le travail plus didactique et plus utile à ceux qui débutent dans les études médicales. J. M.

Compendium der Pathologische Anatomie, für Studirende und Aerzte, von Dr R. LANGERHAUS, Privat-docent für Pathologische Anatomie an der Universität Berlin, mit 55 Abbildungen (Berlin, S. Karger, 1892).

L'anatomie pathologique est une des branches des sciences médicales les plus négligées par le médecin-praticien. S'il faut en attribuer la cause à l'impossibilité dans laquelle il se trouve de monter chez lui un laboratoire et d'obtenir les matériaux qu'il voudrait étudier, il ne faut pas oublier que la nature des travaux publiés en anatomie pathologique, et spécialement en Allemagne, ne permettait guère d'en aborder la lecture, tellement ils sont volumineux.

Cette lacune, bien grande, vient d'être comblée par le Dr Langerhaus. Son manuel condense en effet tout ce que le débutant et même le médecin doivent connaître. Telle partie moins importante au point de vue pratique ne reçoit que peu d'extension; telle autre partie dont la connaissance est jugée indispensable, y reçoit un plus ample développement. C'est là un avantage bien sérieux et nous devons en savoir gré à l'auteur.

Le Dr Langerhaus, élève de Virchow, a largement puisé aux travaux de son illustre maître, mais à la fois il nous montre qu'il connaît à fond les travaux de Klebs, Birch, Hirschfeld, von Recklinghausen, Orth, Ziegler, Cohnheim, Rindfleisch, pour ne citer que les plus célèbres anatomo-pathologistes qui ont écrit en langue allemande. Son *Compendium* représente conséquemment la science à la hauteur de nos jours.

Le médecin-aliéniste y trouvera, en dehors de l'anatomo-pathologie des enveloppes cérébrales et médullaires, du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs périphériques, des chapitres très importants sur les troubles circulatoires et nutritifs, sur les modifications qui peuvent résulter à la suite des maladies infectieuses et sur les tumeurs qui peuvent l'intéresser d'une manière spéciale.

J. M.

Leitfaden der Hygiene für Studirende und Aerzte, von Dr AUG. GÄRTNER, Professor der Hygiene und Director des hygienischen Instituts der Universität Iena (Berlin, S. Karger, 1892).

Les travaux publiés sur l'hygiène ne manquent pas aujourd'hui. Dans ces dernières années on en a édité au moins une demi-douzaine, mais tous indistinctement trop volumineux et essentiellement destinés à ceux qui font de l'hygiène une étude toute favorite. Le médecin aliéniste ne peut être compté parmi les lecteurs assidus des travaux d'hygiène et cependant, presque chaque jour, on réclame ses connaissances hygiéniques pour l'amélioration des asiles, du régime alimentaire, des mesures hygiéniques, préventives, etc.

Le travail du Professeur Gärtner constituera pour nos lecteurs un véritable desideratum; il vient remplir une lacune en ce sens qu'il nous présente la science de l'hygiène sous la forme à la fois la plus claire et la plus concise. C'est avec une véritable satisfaction que nous avons parcouru cet ouvrage et, s'il présente au point de vue de l'air, de l'eau, du sol, de l'alimentation et des matières alimentaires, des habitations avec les règles qui régissent leur construction, leur chauffage, leur éclairage, et leur ventilation, et du service de la propreté générale des villes, tout ce que le médecin ne peut ignorer, nous y ajouterons que le texte se trouve illustré de 106 figures, pour la majeure partie originales. L'ouvrage se termine par un coup d'œil général sur l'hygiène scolaire, et deux chapitres très étendus et très complets sur l'hygiène industrielle et les maladies infectieuses.

Le travail du Prof. Gärtner ne peut manquer d'attirer l'attention des médecins praticiens et nous ne serions nullement étonné de le voir traduit, dans un bref délai, dans une série de langues étrangères.

J. M.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1890, par BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre (Paris, Bureaux du Progrès médical, 1892).

Il est incontestable que le Dr Bourneville travaille, sans relâche, pour l'amélioration du traitement des enfants arriérés qui lui sont confiés. Les médecins aliénistes qui ont de ces enfants dans leurs asiles peuvent procéder aisément à une comparaison par la lecture

des rapports annuels du savant médecin de Bicêtre et nous sommes convaincu que la bien grande majorité devra conclure en faveur de la supériorité du quartier des enfants confiés à ce dernier asile. Il ne se passe pas d'année sans qu'il n'y ait quelque progrès sérieux à enregistrer. La collection des rapports de Bourneville devient même indispensable à quiconque veut poursuivre les améliorations incessantes qui s'y introduisent.

Notons, au point de vue scientifique, l'accroissement continu du musée pathologique placé sous la direction de P. Sollier. Les statistiques prouvent que le nombre de pièces anatomiques, préparées en 1886, était de 434; en 1891 elles étaient de 954. Cette augmentation résulte essentiellement de ce que l'on a recueilli au cimetière les crânes et les squelettes entiers des malades décédés il y a cinq ans.

Parmi les travaux cliniques de l'année écoulée, nous pouvons mentionner : *Deux nouvelles observations d'hystérie mâle*, par Bourneville et P. Sollier; — *La description d'un cas d'idiotie myxœdémateuse; Relevé du corps de Thène..., dit le Pacta*; — *De la température centrale dans l'épilepsie*, par Bourneville; — *Idiotie complète symptomatique de sclérose atrophique double des circonvolutions motrices*; — *Contracture des quatre membres*, par Bourneville et Sollier; — *Un cas d'épilepsie avec manie et exostose du fémur*, par Bourneville et Isch-Weill; — *Idiotie complète symptomatique avec adénie et tuberculose généralisée*, par Bourneville et Raoult; — *Porencéphalie vraie unilatérale*, par Bourneville et Sollier; — *Imbécillité et instabilité mentale avec impulsions génitales*, par Bourneville et Sorel; — *Idiotie congénitale avec glycosurie au cours d'une coqueluche*, par Bourneville et Bauzet; — *Idiotie congénitale; épilepsie guérie*; — *Tuberculose primitive du rein gauche; Tubercules du cerveau*, par Bourneville et Finet.

La simple mention de ces nombreux travaux scientifiques entrepris par les nombreux assistants du D^r Bourneville et sous la direction de ce dernier, confirme ce que nous avons dit dans une autre circonstance, que l'école du célèbre médecin de Bicêtre est une des plus productives que nous ayons jamais connues. J. M.

De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots, par le D^r G. JACQUET (Paris, Bureaux du *Progrès médical*, 1892).

L'auteur, mettant à profit les richesses anatomo-pathologiques du service de Bicêtre (14 squelettes, 83 têtes entières et 233 calottes crâniennes) s'est occupé de l'étude de la synostose prématurée des

os du crâne que l'on considère dans les derniers temps comme une des causes de l'idiotie. Pour résoudre la question il étudie successivement les différents étages que suit le développement du crâne avant d'arriver à son état d'achèvement. Après avoir posé ces principes élémentaire d'embryologie et d'anatomie, il passe en revue le mode d'oblitération des sutures craniennes et décrit trois observations d'idiotie myxœdémateuses, cinq observations d'idiotie microcéphalique, cinq observations d'idiotie hydrocéphalique, trois observations d'idiotie porencéphalique, quatre observations d'idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions, une observation d'idiotie symptomatique de sclérose tubéreuse hypertrophique, quatre observations d'idiotie symptomatique de sclérose atrophique, et quatre observations d'idiotie symptomatique de méningite ou méningo-encéphalite chronique. Ces observations, très complètes et très instructives, ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

1° L'oblitération des sutures du crâne ne se fait pas plus prématurément chez les idiots que chez les sujets sains.

2° L'arrêt de développement du cerveau n'est, en aucun des cas observés à Bicêtre, la conséquence d'un arrêt de développement de la boîte osseuse.

3° De ces mêmes cas, il résulte aussi que la synostose ne se montre pas plutôt sur la sagittale que sur la coronale; et que dans un grand nombre de cas la synostose commence au quart inférieur de la coronale, alors que l'obélion est libre.

4° De tous les crânes examinés aucun n'a paru justiciable d'un débridement.

5° Le traitement médico-pédagogique paraît, jusqu'à présent, supérieur au traitement chirurgical.

J. M.

L'imagination et ses variétés chez l'enfant. Étude de psychologie expérimentale, appliquée à l'éducation intellectuelle, par FR. QUEYRAT, professeur de philosophie au collège de Mauriac (Paris, Félix Alcan, 1892).

L'auteur s'est proposé de dégager d'un ensemble d'observations incontestables et caractéristiques dus à la psychologie contemporaine, les principales lignes d'une méthode raisonnée de l'éducation intellectuelle. Son but a été de faire reconnaître tout l'intérêt qu'il y a, pour établir l'instruction des enfants sur une base solide, à se rendre compte des moyens qu'ils possèdent pour réussir dans un ordre d'études données comme aussi de leur inaptitude parfois

profonde à s'y livrer. Peut-être aura-t-on de la sorte la clef de la répulsion ou au contraire du goût qu'ils manifestent pour une science.

M. Queyrat étudie rapidement la nature des images tactiles musculaires, visuelles et auditives, les seules qui présentent un intérêt vraiment intellectuel. Puis, constatant les variétés qu'on rencontre, suivant les esprits, dans leur conservation et leur restauration, il fait ressortir la prédominance de tel ou tel ordre d'entre elles, et les indices à en tirer pour déterminer les aptitudes réelles de chacun. Ce livre s'adresse non seulement aux psychologues, mais aussi à cette partie considérable du public qui, sans être très au courant des progrès de la science de l'esprit, s'intéresse de près ou de loin à ceux de l'instruction.

Les sels de strontium (étude physiologique et thérapeutique),
par le Dr ARMAND MALBEC (Paris, Société d'éditions scientifiques, 1892).

Ce travail qui s'occupe au début de l'histoire du strontium et de ses différentes compositions chimiques, s'occupe ensuite de la pharmacologie des composés de cet élément. Quoique la pratique de leur emploi thérapeutique est à peine à ses débuts, les résultats acquis permettent néanmoins de fixer un certain nombre de règles pouvant servir de guide dans leurs applications. C'est ainsi que l'auteur démontre la non-toxicité ou l'innocuité absolue et relative des sels de strontium, leur action physiologique sur les principales fonctions de l'organisme. Il insiste d'une manière spéciale sur l'action du bromure, de l'iodure et de l'azotate et termine son travail par des considérations thérapeutiques sur le lactate dans la néphrite parenchymateuse chronique et la néphrite parenchymateuse à poussée aiguë — le bromure comme succédané du bromure de potassium — l'iodure, l'azotate, le phosphate et le sulphate.

Pour ce qui concerne l'aliéniste et le neurologiste, nous tenons spécialement à mentionner que ce travail résume fidèlement les résultats obtenus par le savant médecin de Bicêtre, M. Féré. J. M.

Du bromisme, par le Dr CHAUMONT (Paris, G. Steinheil, 1892).

Le Dr Chaumont, à la suite de quelques accidents bromiques qu'il a observés dans le service de M. le professeur Fournier, a fait une étude spéciale sur cette intoxication relativement fréquente dans le traitement des maladies du système nerveux. Le travail rend compte non seulement des cas d'intoxication grave, mais encore

des autres accidents bromiques. Toutefois l'auteur ne s'occupe que des intoxications résultant de l'emploi thérapeutique des bromures.

Le Dr Chaumont passe en revue les travaux qui ont été publiés sur cette question, aussi bien ceux appartenant à la littérature française que ceux publiés dans les travaux anglais et allemands. Nous sommes convaincu qu'il a épuisé tout ce qui avait été publié sur la matière, d'autant plus qu'il a été guidé dans son travail par son savant Maître, M. Féré, qui à son tour s'est beaucoup occupé de la même question.

Après avoir décrit l'action des bromures sur les appareils digestifs, respiratoire, circulatoire et génito-urinaire, il décrit les érythèmes, les papules et pustules que peuvent se produire dans le cours de l'administration de ces médicaments. Il en établit alors le diagnostic et le pronostic et discute l'étiologie et la pathogénie, étudie toutes récentes et presque exclusivement dues à M. Féré. Il arrive ainsi aux indications thérapeutiques que tout neurologue doit connaître. Enfin l'auteur termine son excellente œuvre en résumant trente-cinq des meilleures observations que la science a enregistrées jusqu'ici.

J. M.

Reform in the treatment of the insane. Early history of the Retreat, York; its objects and influence, with a report of the celebrations of its Centenary, by Dr D. HACK TUKE, formerly visiting Physician to the Retreat (London, J. and A. Churchill, 1892).

On a écrit beaucoup sur Pinel, le réformateur des asiles d'aliénés en France, mais William Tuke qui en Angleterre s'occupa le premier du traitement humanitaire de l'aliéné est généralement peu connu des médecins aliénistes modernes. Nul mieux que son arrière-petit fils n'était plus à même de retracer l'histoire du premier et véritable asile d'aliénés en Angleterre. Muni des documents qu'il possède encore relativement à cette réforme du traitement des aliénés, le Dr Hack Tuke a rendu à son pays un bien grand service en retraçant tout ce qu'il savait au sujet de cette question qui constitue une des plus belles pages du Royaume-Uni.

L'auteur a été bien inspiré en se chargeant de cette noble tâche. Aussi ce petit travail constitue-t-il un véritable chef d'œuvre de littérature anglaise.

Il se termine par la relation de la fête du centenaire qui a eu lieu au mois de juillet dernier et par les adresses de sympathie et de félicitations qui ont été expédiées au British psychological Association par toutes les Associations psychiatriques du monde entier.

J. M.

TABLE DES MATIÈRES.

Abasie-astasia	73
Acromégalie, étude anatomique et clinique	241
— un cas d'autopsie	37
Affections nerveuses familiales et héréditaires	439
AFFSCHAFFENBURG. — Délire du collapsus	457
Agaphie; ses diverses formes	28
Alcool, son action sur l'organisme et spécialement sur le système nerveux	42
Aliénés (Soins à donner aux)	97
ALIMENA. — Des mesures applicables aux incorrigibles	287
ALTHAUS. — Les psychoses post-influenziques	320
Amnésies	189
Anatomie pathologique dans les différentes variétés de cécité verbale	157
— — de la maladie de Basedow	158
— — de la paralysie générale	39
— — d'un cerveau (intoxication par l'oxyde de carbone).	39
ANDERLYA. — Cas de paralysie cérébrale pseudobulbaire vraie	427
Anesthésie générale cutanée et sensorielle sans troubles nerveux	333
Angine de poitrine d'origine hystérique	172
Anthropologie criminelle (Applications de l')	235
— — (Compte-rendu du Congrès d').	266
— — (Principes fondamentaux de l'école d')	266
— — Programme du Congrès de 1892	122
Apathie épileptique.	176
Aphémie récurrente	59
— — avec hémianopsie bitemporale	421
ARNOZAN. — Ganglions nerveux de formation pathologique dans le névrome plexiforme.	424
ASHBY ELKINS. — Un cas de folie homicide et suicide	193
Asphyxie locale des extrémités avec lésions congénitales de la peau chez un épileptique	461

Associations morbides en pathologie mentale	206
AUBRY. — Du vitriolage.	282
AUTOKRATOW. — Mode de production des contractures dans le tétanos.	413
— — Altération des noyaux d'origine des nerfs crâniens dans la démence paralytique	429
BABINSKY. — Paralyse hystérique systématique	459
BALLET, G. — Associations morbides en pathologie mentale	206
— — Caractère de certaines idées de persécution chez les dégénérés à préoccupations mélancoliques.	309
— — Comment les dégénérés délirent.	200
— — Paralyse faciale hystérique systématisée	459
— — Rapports du tabes dorsalis avec la paralysie générale	195
— — Sommeil provoqué par l'occlusion des oreilles et des yeux chez les individus atteints d'anesthésie hys- térique généralisée	180
BAUDOUIN. — Hypermnésie partielle; un cas d'hypermnésie des chiffres	87
BECHTEREW. — Contribution à l'étude de la circulation cérébrale pendant les accès d'épilepsie.	62
— — Nouvel appareil pour l'examen de réflexes tendineux	155
BENEDIKT. — Examen anthropologique du parricide Hacker	343
— — Névralgies et affections névralgiques	54
— — Nouveau traitement du tabes	49
— — Tic douloureux et son traitement.	221
— — Traitement chirurgical de l'épilepsie essentielle	360
— — — de l'épilepsie par la trépanation	231
BERKLEY. — Anesthésie générale, cutanée et sensorielle, sans troubles nerveux.	333
BÉRILLON. — Suggestions criminelles et responsabilité pénale	280
BIANCHI. — Des lésions cérébrales en foyer	425
BINET, A. — Les altérations de la personnalité.	376
BINSWANGER. — Anatomie pathologique de la paralysie générale	39
— — Valeur thérapeutique de l'hypnose dans les asiles d'aliénés	107
BIENBACHER. — Examen médico-légal d'une femme atteinte de perversion sexuelle.	74
BLOCC, P. — Traitement de l'hystérie	221
— et ONANOFF. — Numération des fibres nerveuses d'origine cérébrale destinées au mouvement	326
BODDAERT. — Recherches expérimentales sur la production de l'exophtalmie et la pathogénie de l'œdème.	43

BOLTZ. — Un cas d'acromégalie avec hémianopsie bitemporale . .	421
BOOTH. — Deux cas de tumeurs du cervelet	164
BORGERINI. — Contribution nouvelle à la pathologie de la paralysie agitante.	41
— — Contribution à l'étude des localisations cérébrales . .	426
BOUBILA, HADJÈS et COSTA. — Du chlorure d'or et de sodium dans la paralysie générale	230
BOUCHARD. — Deux cas de myxœdème traités par le suc thyroïdien	432
BOURNEVILLE. — Craniectomie.	315
— — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épi- lepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte-rendu de l'Hospice de Bicêtre pendant 1890 et 1891.	240, 494
— — Température centrale dans l'épilepsie.	176
BOUVERET et CHAPOTUT. — Dipoplie monoculaire dans un cas de tubercule des pédoncules cérébraux	420
BRASCH. — Un cas de syphilis du système nerveux central simu- lant l'ataxie locomotrice	64
Brief (Offener) an Herrn Professor Waldeyer, von Prof. Benedikt .	261
BRISAUD. — Le spasme saltatoire dans ses rapports avec l'hystérie	71
BRUNS. — Des troubles de l'équilibre dans les tumeurs du lobe frontal	45
BUFFET. — Die öffentliche Irrenfürsorge im Regierungsbezirk Coblenz	368
BULLEN. — Variation de type dans la paralysie générale	323
Bulletin of the international medico-legal Congress, held in New- York 1889	239
BUTTNER. — De l'épilepsie procursive et de sa signification . . .	63
CAMUSET. — Du délire des négations ; sa valeur diagnostique et pronostique.	296
CAMPBELL. — Troubles mentaux d'un degré inférieur chez la femme	324
CARLSEN. — Statistiske underzogelser Aandsvage i Danmark 1888-1889	377
CARTER. — Myxœdème avec troubles psychiques traités par le sac thyroïdien	434
CASCIANI. — Quinine dans les accès convulsifs hystéro-épileptiques	232
Cécité bilatérale dans ses rapports avec les lésions des lobes occi- pitaux	419
— psychique.	61
— verbale avec aggraphie ; mort ; autopsie	60
— — (Procédé pour évoquer les images motrices graphiques chez les sujets atteints de)	153
Centres cérébraux visuels chez le chien et le singe	410

Cerveau (Chirurgie du)	51
— (Tubercules du)	159
CHARCOT. — Cliniques des maladies du système nerveux	238
— — Procédé destiné à évoquer les images motrices graphiques chez les sujets atteints de cécité verbale	153
— — Traitement de certaines affections nerveuses par les vibrations mécaniques	363
CHARPENTIER. — Les aliénés aux séquestrations nombreuses . .	211
CHASLIN. — La confusion mentale primitive	318
CHAUMONT. — Du bromisme	497
Chorée de Sydenham (Lésions dans la)	170
— (Quelques formes rares de la)	463
CHRISTIAN. — Des idées de grandeur chez les persécutés	334
Cocaïnique (Délire hallucinatoire d'origine)	466
Cocaïnisme	467
COLEBA. — Altération des nerfs périphériques dans la paralysie générale	329
Circonvolutions centrales, organes centraux pour les cordons postérieurs	35
Circulation cérébrale pendant l'activité psychique	417
— — — le travail intellectuel après administration des poisons cérébraux	416
— — — l'hypnose	418
Commotion cérébrale (symptômes vaso-moteurs)	47
Confusion mentale primitive	318
Congrès d'anthropologie criminelle, tenu à Bruxelles	266
— de médecine mentale tenu à Blois	296
Corps calleux (Dégénérescence du)	330
Courants alternatifs, ses effets physiologiques et thérapeutiques	152, 409
COURMONT et DOYON. — Physiologie pathologique du tétanos . .	414
COUTAGNE. — De l'influence des professions sur la criminalité . .	284
Crâniectomie	315
Crâniométrie et ses récents réformateurs	78
— (Méthode graphique de)	272
Crime (Étiologie fonctionnelle du)	276
— (Mobile du) chez l'enfant et l'adolescent	274
Crimes des foules	278
Criminalité et crise économique	282
— et responsabilité	76
— (Influence des professions sur la)	284
Criminel-né, ses caractères physiques, intellectuels et moraux sont d'origine pathologique	268
— (Origine morbide des caractères chez le)	269

CRAMER. — Anatomie pathologique du cerveau d'une femme morte d'intoxication par l'oxyde de carbone	39
CROCQ. — Phosphate de soude dans les maladies nerveuses . . .	475
CULLERRE. — De la mort subite dans ses rapports avec l'hérédité névropathique.	74
— — La thérapeutique suggestive et ses applications . .	491
DALLEMAGNE. — Étiologie fonctionnelle du crime	275
DARKCHWITCH et PRIBITNOFF. — Systèmes de fibres du plancher du 3 ^e ventricule	423
D'ARSONVAL. — Effets physiologiques des courants alternatifs à variation sinusoïdale	409
DE BIERRE et DOUMER. — Album des centres nerveux	121
DE BOECK. — Myxœdème avec troubles psychiques traité par les injections de suc thyroïdien.	345
— et OTLET. — Les prisons-asiles et les réformes qu'elles entraînent	292
DÉJERINE. — Dégénérescence des fibres du corps calleux	330
— — Étude anatomo-pathologique et clinique des différentes variétés de cécité verbale.	157
DELA TOUR. — Renseignements au sujet de l'aliénation mentale dans les prisons de Belgique.	290
Dédoublement de la personnalité et les hallucinations verbales psychomotrices	188
Dégénérés (Comment les) délirent	200
Dégénérescence secondaire après l'extirpation des centres moteurs	155
Délire des négations; sa valeur diagnostique et pronostique . .	296
— du collapsus	457
Démence chronique primaire de la jeunesse	337
— (Lésions de la moelle épinière dans la)	331
— paralytique (Rapports des racines spinales à l'état normal et dans la)	158
— — (Altérations des noyaux d'origine des nerfs crâniens dans la)	429
DE MOOR. — Contribution à l'étude de la fibre nerveuse cérébro- spinale	34
DENIS. — La criminalité et la crise économique.	282
DENY. — Résultats comparés du traitement de l'épilepsie par le bromure de strontium et par le bromure de potassium	319
DERODE. — L'inversion génitale et la législation	293
— — Hystérie à deux. Vols à l'étalage. Observation médico- légale	391
DE RYCKERE. — Aperçu des applications de l'anthropologie crimi- nelle	285

DE SARLO et BERNARDINI. — Circulation cérébrale pendant le travail intellectuel après administration des poisons cérébraux . . .	416
— — — Circulation cérébrale pendant l'activité psychique	417
— — — Circulation cérébrale pendant l'hypnose	418
DETLEFSEN. — Délire hallucinatoire d'origine cocaïnique	466
DESCROIZILLES et PASQUIER. — Paralyse faciale hystérique . . .	57
DESTREE. — Maladie de Friedreich	444
DE VAUCLEROY. — De l'influence de l'hérédité alcoolique sur la folie et la criminalité	291
Diplopie monoculaire dans un cas de tubercule des pédoncules cérébraux	420
DOBROTOWSKY. — Recherches sur la valeur thérapeutique de la franklinisation	366
DRILL. — Des principes fondamentaux de l'école d'anthropologie criminelle	266
Duboisine (Sulfate de); son administration	106
— (Le sulfate de) dans les psychoses.	362
DUCHESNEAU. — Étude anatomique et clinique de l'acromégalie. .	241
Dumfries, Crichton royal Institution, 52th annual report	370
Dystrophia muscularis hyperplastua	438
EDINGER. — Zwölf Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane, 3 ^e Auflage	246
EICKHORST. — La névrite diabétique dans ses rapports avec l'abolition du réflexe rotulien	55
Électrisation céphalique.	470
ELZHOLZ. — De la névrose traumatique	52
Épilepsie (Anémie et hyperémie dans ses rapports avec l'). . . .	62
— cursoria sen rotatoria	64
— (Circulation cérébrale pendant les accès d')	62
— essentielle; traitement chirurgical.	360
— et infections.	357
— (Influence des maladies infectieuses sur la marche de l') . . .	177
— (Inversion de la formule des phosphates dans l').	177
— (Origine et siège des troubles dans l')	174
— (Pilocarpine dans le traitement de l').	231
— procursive et sa signification.	63
— réflexe.	315
— Traitement par les bromures de strontium et de potassium.	319

Épilepsie (Température centrale dans l')	176
Épileptique (Névralgie) de la face	358
— (État).	406
EWALD. — Tubercules du cerveau	159
Exophtalmie (Recherches sur la production de l') et la pathologie de l'œdème	43
FAZIO. — Transmission héréditaire de la paralysie bulbaire pro- gressive.	440
FÉRÉ. — Élimination du bromure de strontium par les urines	177
— — Hallucinations unilatérales homonymes dans le zona de la face	195
— — Influence des maladies infectieuses sur la marche de l'épi- lepsie	177
— — Inversion de la formule des phosphates dans l'épilepsie	177
— — Ivresse mécanique.	413
— — Névralgie épileptique de la face	358
— — Note sur l'apathie épileptique	176
— — Pathologie des émotions.	490
— — Pilocarpine dans le traitement de l'épilepsie	231
— — Toxicité urinaire des épileptiques.	462
— et BATIGNE. — Asphyxie locale des extrémités avec lésions de la peau chez un épileptique	461
— et HERBERT. — Sur l'accumulation du bromure de potassium dans le cerveau et le foie	366
Fibre nerveuse cérébro-spinale (Étude de la)	34
Fièvre hystérique	170
FISCHKOW. — De l'othématome	194
FLINT. — Hématôme de la dure-mère cérébrale	427
Folie de la puberté.	335
— homicide et suicide.	193
— hystérique	171
FRANCESCO DEL ERECO. — Altération de la pie-mère cérébrale chez les aliénés	329
FRANCOTTE. — Névroses convulsives et affaiblissement intellectuel	386
FRANK ASHEY ELKINS. — Un cas de folie homicide et suicide	193
v. FRANKL-HOCHWART. — De la perte du langage musical	191
Franklinisation (Sur la valeur thérapeutique de la)	366
FRIEDMANN. — Commotion cérébrale; conséquences graves peu fréquentes; symptômes vaso-moteurs.	47
GAD et HEYMANS. — Lehrbuch der Physiologie des Menschen	492
GAERTNER. — Leitfaden der Hygiene für Studierende und Aerzte	494

Galvanisation et franklinisation (De l'influence de la) sur la résistance électrique du corps humain	33
GANDENZI. — Méthode graphique de crâniométrie	272
GARNIER. — Nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains délinquants comme un devoir de l'instruction à leur charge	285
GAUCKLER. — Des éléments sociaux et des éléments anthropologiques dans la détermination de la pénalité.	283
GAUTIER. — Un cas d'acromégalie; autopsie	37
GILBERT. — Deux cas de polynévrite	437
GILLIS DE LA TOURETTE. — L'angine de poitrine d'origine hystérique	172
GUINON et WOLCKE. — De l'influence des excitations des organes des sens sur les hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque hystérique	171
Greffe nerveuse.	220
GRIESINGER. — Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende, 5 ^e Auflage.	116
GRIGORESCU. — Action des toxiques sur l'excitabilité des muscles et des nerfs périphériques.	468
GUOLTZ et EWALD. — Extirpation de portions volumineuses de la moelle épinière	436
GUTNIKOW. — Recherches sur l'anémie et l'hyperémie cérébrale dans ses rapports avec l'épilepsie	62
Hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque hystérique (Influence des excitations sur les organes des sens)	171
— unilatérales	348
— — chez une femme ayant une lésion cérébrale	165
— — homonymes dans le zona de la face	195
HARRISON. — Greffe nerveuse	220
HAY AGNEW. — Sur la chirurgie du cerveau	51
Hématôme de la dure-mère cérébrale.	427
Hémiplégies dites dissociées	57
Hémisphère cérébral (Effets de l'ablation d'un) chez le chien.	409
HIGIER. — Pseudotabes ou tabes périphérique.	442
HLAVA. — Polyomyelitis acuta disseminata	441
HOCHE. — Rapports anatomiques des racines spinales à l'état normal et dans la démence paralytique	158
— — Réaction de l'appareil de la vision à l'électricité.	
HORSLEY. — Origine et siège des troubles dans l'épilepsie	174
HÖSEL. — Les circonvolutions centrales sont des organes centraux pour les cordons postérieurs.	35

HUGHES. — Les troubles hystériques dans les maladies nerveuses d'origine hystérique	357
Hyoscine dans l'aliénation mentale chronique. , , ...	480
Hypermnésie partielle (hypermnésie des chiffres)	87
Hypnose (Valeur de l') dans les asiles d'aliénés	107
Hystérie; automatisme dans la période d'aura des attaques	317
— à deux. Vol à l'étalage. — Observation médico-légale.	391
— sa nature	17
— (Traitement de l').	221
Hystéro-épileptiques (Quinine dans les accès d')	232
Idees de persécution systématisées à forme obsédante et consciente.	452
Idiotie crétinoïde	137
ILLENAU. — Festschrift zur Feier den 50 Jahrigen Jubelœum der Anstalt	488
Influenzique (Psychoses d'origine)	66, 320
Instruction professionnelle du personnel des asiles d'aliénés.	134
Iodoforme (Intoxication par l')	467
Ivresse mécanique	413
JACQUET. — De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots.	495
Jalousie morbide chez l'homme	451
JELGERSMA. — Les caractères physiques, intellectuels et moraux du criminel-né sont d'origine pathologique	268
KAHLER. — Tic convulsif généralisé	48
KERR. — Tumeur cystique du corps pituitaire	162
KIECHHOFF. — Die Localisation psychischer Störungen	121
— — Grundriss einer Geschichte der deutschen Irrenpflege	117
— — Lehrbuch der Psychiatrie für Studierende und Aerzte	242
KIRN. — Les psychoses d'origine influenzique.	66
KLINKE. — Quelques considérations sur des troubles de la parole chez les hypocondriaques et les aliénés	192
KLIPPEL. — Caractères hystologiques différentiels de la paralysie générale	429
— et DURANTE. — Affections nerveuses familiales et héréditaires.	439
KNAPP. — Pathologie, diagnostic et traitement des tumeurs intra-crâniennes.	58
KOCH. — Die psychopathischen Minderwertigkeiten	375, 404
KÖNIG. — Fatigue du champ visuel; ses rapports avec le rétrécissement concentrique du champ visuel dans les affections du système nerveux central	422

KOHLMANN. — La crâniométrie et ses récents réformateurs . . .	78
KOLLER. — Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie agitante.	40
KRAMER. — Epilepsia cursoria seu rotatoria	64
KRÄPELIN. — Action de certains agents thérapeutiques sur le système nerveux central	469
KRARUP. — Théorie physiologique du sommeil hypnotique . . .	327
KRYPIAKIEWICZ. — Du sang dans les maladies psychiques . . .	189, 415
KÜHN. — Affections mentales chez les correctionnaires . . .	345
KURELLA. — Les nouvelles contributions à l'étude de l'anthropologie criminelle	78
KURT. — Un réflexe produit par l'excitation du nerf trijumeau. Application thérapeutique.	108
LACASSAGNE. — Les sentiments primordiaux des criminels . . .	276
LADAME. — L'obsession du meurtre	273
LAEHR. — Die Litteratur der Psychiatrie im XVIII Jahrhundert. .	189
Langage musical (Perte du).	191
LANGERHAUS. — Compendium der pathologische Anatomie . . .	493
LAQUER. — Paresthésie des extrémités	443
LARAT. — Effets physiologiques et thérapeutiques des courants alternatifs.	152
LEGRAIN. — Distinction entre les incorrigibles responsables et les incorrigibles pathologiques	288
LEIMBACH. — Absence de symptômes dans un cas de tumeur du cervelet et de méningite cérébro-spinale tuberculeuse	163
Lésions cérébrales en foyer	425
— — — leur traitement.	480
— — — (Contribution à l'étude des).	426
LETOURNEAU. — De l'électrisation céphalique.	470
LEUBUSCHER et ZIEHEN. — Variations de la quantité d'acide chlorhydrique stomacal dans les psychoses	334
LEWALD. — L'administration du sulfate de duboisine	106
LEYDEN. — Traitement du tabes	475
Liste des membres de la Société de Médecine mentale	3
Léthargie, les rapports avec l'hypnose et la grande hystérie. . .	70
Lobe frontal (Troubles de l'équilibre dans les tumeurs du) . . .	45
Localisation des lésions intracrâniennes (Moyens d'établir la) . .	159
Localisations; suffisent-elles pour expliquer les troubles de la parole	58
LOMBROSO. — Nouvelles recherches de psychiatrie et d'anthropologie criminelle	120
— — Les applications de l'anthropologie criminelle.	378
LÖWENFELD. — De la léthargie; ses rapports avec l'hypnose et la grande hystérie	70

LUGARD. — Méthode nouvelle pour étudier le sens de la température chez le malade	43
LUYS. — De la visibilité des effluves magnétiques et électriques chez les sujets en état d'hypnotisme	178
— — Anatomie pathologique de la paralysie générale.	430
MACPHERSON. — De l'influence de la désinfection intestinale sur quelques formes de folie aiguë	325
MAGNAN. — L'obsession criminelle morbide	272
Maladie de Basedow; anatomie pathologique	158
— — avec myxœdème	44, 198
— — et dégénérescence mentale.	311
— de Friedreich.	444
MALBEC. — Les sels de strontium. Étude physiologique et thérapeutique	497
MANOUVRIER. — Étude des criminels et des honnêtes gens	269
MARIE. — Infections et épilepsie	357
MASSAUT. — Un cas de folie du doute avec délire du toucher.	398
MAUS. — Des mesures applicables aux incorrigibles	288
Medico-legal Congress (Bulletin of the international) of New-York, 1889	239
MENDL. — Anatomie pathologique de la maladie de Basedow.	158
— — Sur un cas de myxœdème	435
Méningite cérébro-spinale	46
MINGAZINI. — Signification de la dépression pariéto-occipitale	466
Moelle épinière (Extirpation de portions volumineuses de la).	436
MORAT. — Y a-t-il des nerfs inhibiteurs?	154
MORAVISIK. — De la folie hystérique	171
MOREL (Jul.). — Examen psychologique des détenus	322
— — L'incorrigible, sa nature et son traitement	289
Mort subite, ses rapports avec l'hérédité névropathique	74
MOTET. — Le mobile du crime chez l'enfant et l'adolescent	274
MUNK. — Des rapports du sens de la vision avec le sens de l'espace	153
MURATOFF. — Dégénérescence du corps calleux et de l'écorce cérébrale.	330
Mutisme mélancolique	402
Myxœdème traité par les injections de suc thyroïdien	345, 431 à 435
— (Altérations des éléments nerveux dans le)	430
NICKE. — Les signes de dégénérescence chez les femmes	177
— — Hyoscine dans l'aliénation mentale chronique	480
— — Intoxication par l'iodoforme	467
Nécrologie (Théodore Meynert)	247

Nécrologie (Valdemar Steenberg)	247
Nerfs crâniens (Lésions de) d'origine chimico-traumatique	449
— inhibiteurs, y en a-t-il ?	154
— Infatigabilité absolue des nerfs	411
Neurasthénie (Troubles de la motilité dans la)	458
Névralgies et affections névralgiques	54
— du trijumeau	55
Névrite diabétique dans ses rapports avec l'abolition du réflexe rotulien.	55
— périphérique	437
Névrose traumatique	52
Nominations	252
NONNE. — Tabes dorsalis et gliose centrale	442
Nottingham (12th annual report of the borough asylum of)	371
OBERSTEINER. — Anleitung beim Studium des Baues der nervösen	
Centralorgane im gesunde und kranke Zustände	146
— — Die Privatheilanstalt zu Ober-Döbling, Wien, II ^e Bericht (1875-1891)	113
Obsession criminelle morbide	272
— du meurtre.	273
— hallucinatoire et hallucination obsédante	403
OEBEKE. — Étude de la syphilis du système nerveux central	193
— — Quelques mots sur la méningite cérébro-spinale	46
— — Rapport sur l'asile d'Endenich-lez-Bonn (1879-1890).	119
OLIVER. — Sarcome du genou du corps calleux affectant les symp- tômes d'un cas d'hystérie grave.	161
— — Tumeur intracrânienne; troubles visuels localisés; autopsie.	160
Othœmatôme.	194
PAGE. — Rôle de la peur dans les accidents de chemin de fer	450
Paralysie agitante (Contribution à la pathologie de la)	40, 41
— ascendante aiguë	441
— bulbaire progressive.	440
— cérébrale pseudobulbaire vraie	427
— faciale hystérique	57, 459
— — — systématisée	459
— générale à la suite d'une encéphalopathie saturnine	314
— — (Altérations des nerfs périphériques dans la)	329
— — Anatomie pathologique	39, 430
— — Caractères histologiques différentiels	429
— — (Chlorure d'or et de sodium dans la)	230

Paralysie générale et syphilis	338
— — Ses rapports avec le tabes	195
— — (Variation de type dans la)	323
Paramyoclonus multiplex	464
Paresthésie des extrémités	443
PELMAN. — Criminalité et responsabilité	76
PERCY SMITH. — Cocaïnisme	467
Perth, 56th annual Report of James Murray's royal asylum	370
Perversion sexuelle (Examen médico-légal d'un cas de)	74
PETRAZZANE et VASSALE. — Lésions de la moelle dans la démence	331
Peur (Rôle de la) dans les accidents de chemin de fer	450
Phosphate de soude dans les maladies nerveuses.	475
PICK. — Contribution à l'étude des hémiplegies dites dissociées	57
— — — — des hallucinations	456
— — Démence chronique primaire de la jeunesse	337
Pie-mère cérébrale (Altérations de la)	329
PILCZ. — Quelques considérations sur le sommeil	179
Pilocarpine dans le traitement de l'épilepsie	231
— — — — du hoquet nerveux	480
PITRÈS. — Troubles de la motilité dans la neurasthénie	458
PLACZEK. — Tabes dorsalis et paralysie agitante	465
Poliomyélite acuta disseminata.	441
Polynévrite (Deux cas de)	437
Procès-verbal de la séance du 30 janvier 1892	9
— — 30 avril 1892.	125
— — 30 juillet 1892	249
— — 29 octobre 1892.	381
PROUSH. — Épilepsie réflexe	315
Pseudotabes ou tabes périphérique	442
Psychoses aiguës (Origines corporelles des)	451
Pulsations cérébrales (Contribution à l'étude des)	413
Pulsations cérébrales	413
PUTNAM. — Quels sont les moyens que nous possédons pour établir la localisation des lésions intra-crâniennes	159
QUEYRAT. — L'imagination et ses variétés chez l'enfant	496
Quinine dans les accès hystéro-épileptiques	232
RAHKAMINOFF. — Névrite périphérique	437
RAMADIER et SÉRIEUX. — Étude des stigmates physiques des dégé- nérés.	144
Rapport sur l'asile d'aliénés de Bâle	487
— — — — de Bloomingdale	486

Rapport sur l'asile d'aliénés de Crichton.	484
— — — d'Endenich-lez-Bonn	119
— — — de l'État de Buffalo.	484
— — — de Meerenberg	485
— — — de Middletown	233
— — — d'Ober-Döbling (Wien).	113
— — — de Pensylvanie pour 1891.	482
— — — de Perth (Écosse)	379
— — — de Saint-Yon	483
— — — des amis de Philadelphie	487
RAYMOND et SÉRIEUX. — Maladie de Basedow et dégénérescence mentale.	311
Réflexes tendineux (Diffusion systématique des) chez l'homme.	332
— — (Nouvel appareil pour l'examen des)	155
RÉGIS. — Manuel pratique de médecine mentale.	235
Responsabilité et criminalité	76
RICHET. — Un cas de cécité psychique	61
RIA. — Les colonies d'aliénés	306
ROBERTSON. — Étude physiologique du sommeil	325
ROBIN. — Myxœdème traité par le suc thyroïdien et par la greffe des corps thyroïdes	431
ROSE. — Traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau	55
ROSENBAACH. — Des troubles paralytiques fonctionnels de l'articulation des mots	59
— — Symptomatologie du tabes.	198
ROUILLARD. — Les amnésies	189
SALVIOLE. — Influence de la fatigue sur la digestion stomacale.	412
SANDMEYER. — Dégénérescence secondaire après extirpation des centres moteurs	155
Sang dans les maladies psychiques	189, 415
SARBO. — La fièvre hystérique	170
Sarcôme du genou du corps calleux	161
SCHLESINGER. — Quelques formes rares de la chorée	463
— — Sur le paramyoclonus multiplex	464
SCHWARZ. — Tétanos traumatique guéri par l'antitoxine du tétanos	105
Scotland (34th annual report of the general board of Commissioners in Lunacy for)	370
Secret en médecine mentale.	302 *
SÉGLAS. — Obsession hallucinatoire et hallucination obsédante.	493
— — Du mutisme mélancolique	402
— — Du trouble du langage chez les aliénés	244

SÉGLAS. — Hystérie; automatisme dans la période d'aura des attaques.	317
— — Idées de persécution systématisées à forme obsédante et consciente	452
— — Note sur le dédoublement de la personnalité et les hal- lucinations verbales psychomotrices	188
SEMELAIGNE, RENÉ. — La législation sur les aliénés dans les Iles britanniques	407
— — — Du restraint et du non restraint en Angle- terre	408
Sens de la température (Méthode nouvelle pour étudier le) . . .	43
— — vision, les rapports avec le sens de l'espace.	153
SEPELLI. — Rapports de la cécité bilatérale avec les lésions des lobes occipitaux	419
SÉRIEUX. — Un cas de cécité verbale avec agraphie, suivi d'autopsie	60
SIGHELE. — La foule criminelle; essai de psychologie collective. .	378
SILVA et PESCAROLO. — Influence de la galvanisation et de la fran- klinisation sur la résistance électrique du corps humain . . .	33
SOLLIER. — Maladie de Basedow, avec myxœdème	44, 198
SOLVAY, HEGER et GERARD. — Communication au sujet de diffé- rences de potentiel existant en divers points des nerfs pendant le fonctionnement vital	32
Sommeil (Attaques de) paradoxal chez un aliéné.	180
— (Considérations sur le)	179
— (Étude physiologique du)	325
— hypnotique (Théorie physiologique du)	327
— provoqué par l'occlusion des oreilles et des yeux . . .	180
SOMMER. — Les localisations proposées suffisent-elles à expliquer les troubles de la parole connus jusqu'ici	58
SPANIK. — Des effets de l'alcool sur l'organisme et particulièrement sur le système nerveux périphérique	42
Spasme saltatoire dans ses rapports avec l'hystérie.	71
STACEY WILSON. — Aphémie récurrente	59
STEINER. — Lésions de nerfs crâniens d'origine chimico-traumatique	448
Stigmates physiques des dégénérés	144
Suggestions criminelles et responsabilité pénale.	280
Syphilis du système nerveux central.	193
— — — — — simulant l'ataxie locomotrice	64
SZCZYPORSKI. — Attaques de sommeil paradoxal chez un aliéné .	180
Tabes dorsalis et gliose centrale	442
— dorsalis et paralysie agitante	465
— (Nouveau traitement du)	49

Tabes (Symptomatologie du)	198
— (Traitement du)	475
TALCOTT. — 21th annual Report of the Middletown State Lunatic Asylum	233
TALMA. — Dystrophia muscularis hyperplastua	438
TANZI. — Diffusion systématique des réflexes chez l'homme	332
TARDE. — Les crimes des foules	278
TARNOWSKI. — Des organes des sens chez les femmes criminelles	277
Tétanos (Physiologie pathologique du)	414
Tétanos traumatique guéri par l'antitoxine du tétanos	105
THIRY. — Des mesures applicables aux incorrigibles	287
THIVET. — Du secret médical en médecins mentale	302
THOMAS. — Chorée néphrétique	462
THYSEN. — Sur l'astasia-abasia	73
Tic convulsif généralisé	48
Tic douloureux, son traitement	221
TIETZE. — Contribution à l'étude des pulsations cérébrales	413
TOULOUSE. — Hallucinations unilatérales	348
— — Hallucinations unilatérales chez une femme ayant une lésion circonscrite du cerveau	165
— — Syphilis et alcoolisme dans la paralysie générale	338
Toxicité urinaire des épileptiques	462
Toxiques (Action des). — Sur l'excitabilité des muscles et des nerfs	468
TRAVAUX ORIGINAUX :	
Dr COUSOT. — De la nature de l'hystérie	17, 254
Dr DE RODE. — Hystérie à deux vols à l'étalage. Observation médico-légale	391
Dr FRANCOITTE. — Un cas d'idiotie crétinoïde	137
— — Névroses convulsives et affaiblissement intellectuel	389
J. MASSAUT. — Un cas de folie du doute avec délire du toucher	398
Dr PAUL SÉRIEUX. — Des diverses formes d'agraphie et en particulier de l'agraphie d'origine sensorielle	28
Dr PEETERS. — L'instruction professionnelle du personnel de surveillance chez les aliénés	134
Trépanation (Traitement de l'épilepsie par la)	231
Trijumeau (Névralgie du)	55
— (Réflexe produit par l'excitation du)	108
Troubles de la parole chez les hypocondriaques et les aliénés	192
TROWBRIDGE. — Folie de la puberté	335
— et MAYBERRY. — État épileptique	460
Tubercules du cerveau	159
TUKE (Hack). — A Dictionary of psychological medicine	372

TUKE (Hack). — Reform in the treatment of the insane. Early history of the York Retreat Tumeur cystique du corps pituitaire — du cervelet (Deux cas de) — — et absence de symptômes Tumeurs du lobe frontal (Troubles de l'équilibre dans les) — intracrâniennes, pathologie, diagnostic et traitement — — troubles visuels, mort, autopsie TURNER. — Lésions cérébrales dans la chorée de Sydenham Urines (Élimination des bromures par les). VALLON. — Paralyse générale vraie consécutive à une encéphalopathie saturnine VAN DEVENTER. — Pluralité des types de criminels VAN HAMEL. — Des mesures applicables aux incorrigibles et de l'autorité légale apte à en fixer le choix VASSALE. — Différences histologiques dans les lésions de dégénérescence des centres nerveux (dégénérescence primaire ou secondaire) — — De l'état criblé du cerveau — et CHIAZZI. — Cylindres hyalins dans l'urine des aliénés. Variétés Verlag over den staat der gestichten voor krankzinnigen in Nederland gedurende de jaren 1882 à 1884 en 1885 à 1887 VITZOU. — Effets de l'ablation totale d'un hémisphère chez le chien — — Centres cérébraux visuels chez le chien et le singe VIZIOLI. — Traitement des lésions cérébrales en foyer VOISIN. — Phosphaturie dans l'hystérie et l'épilepsie — — Suggestions criminelles et responsabilité pénale — et PERON. — Toxicité des urines chez les épileptiques avant, pendant et après les accès VON KRAFFT-EBING. — Die Therapie der Geisteskrankheiten — — Folie transitoire de nature neurasthénique. — — Jalousie morbide chez l'homme — — L'insomnie et les nouveaux hypnotiques — — Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträre Sexualempfindung. — 7^e Auflage. VON LISZT. — Des applications de l'anthropologie criminelle. VOULGRE. — De l'élimination des phosphates dans les maladies du système nerveux et de l'inversion de leur formule dans l'hystérie	498 162 164 163 43 50 160 170 177 314 271 287 156 323 333 279 115, 482 409 410 480 173 280 172 121 87 451 108 244 285 247
--	---

WAGNER. — Origines corporelles des psychoses aiguës	451
WALLACE BEATTY. — Myxœdème traité par le suc thyroïdien . . .	434
WARNER. — L'action neurique comparée à l'action mentale du cerveau	323
WEATHERLY. — Emploi abusif de l'hyoscine	106
WEDENSKI. — De l'infatigabilité absolue des nerfs	44
WEILL. — Abasie-astasia à type choréique. Arrêt instantané par la pression de certaines régions	72
WHETWELL. — Altérations des éléments nerveux dans le myxœ- dème	430
WINCKLER. — La trigonométrie dans la détermination graphique des régions de l'écorce cérébrale	367
York (Angleterre). — Le centenaire de la fondation du York Retreat	379
ZIEHEN. — Les troubles de l'idéation dans la paranoïa	69

UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 06959 6248

